

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**“NECESIDADES DE CUIDADOS DE LAS MUJERES
MASTECTOMIZADAS”**

REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA

Autora: Laura Benítez Campos

Tutor académico: Prof. Dr. Domingo Ángel Fernández Gutiérrez

GRADO EN ENFERMERÍA

JUNIO 2023

RESUMEN.

Introducción: El cáncer de mama es una de las neoplasias malignas más comunes en mujeres, representando el 24,5% de todos los diagnósticos de cáncer en el mundo. En España, es la enfermedad más diagnosticada en mujeres y también la principal causa de muerte en ellas. Además, su prevalencia es significativa. Esta enfermedad tiene un origen multifactorial, y entre los factores de riesgo más vinculados se encuentran la historia familiar de cáncer de mama, la presencia de los genes BRCA 1 y BRCA 2 y la obesidad.

Objetivos: El objetivo de esta revisión sistemática exploratoria es identificar las necesidades de cuidados tanto en la esfera física como psicológica de las mujeres mastectomizadas.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión exploratoria sistemática, o scoping review a través de la herramienta Punto Q, de la Universidad de La Laguna y en las bases de datos Pubmed, Medline, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, BDNF y CUIDEN. También se llevaron a cabo búsquedas manuales para asegurar que se recopilaba toda la información relevante disponible.

Resultados: Se obtuvieron un total de 137 artículos de entre los que se excluyeron 124 artículos. De los 13 artículos resultantes, el 31% corresponden a revisiones sistemáticas, el 23% a estudios descriptivos transversales, el 15% a estudios de casos y controles, el 15% a revisiones literarias, el 8% son estudios cualitativos y el 8% son estudios cuasi experimentales de tipo cuantitativo.

Conclusiones: Las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía debido al cáncer de mama presentan una serie de necesidades de cuidados que van más allá de la atención médica específica relacionada con el tratamiento, extendiéndose a aspectos psicológicos y físicos. Es fundamental que la enfermera trabaje de manera holística y multidisciplinar para ofrecer una atención integral y personalizada que corresponda a las necesidades de cada mujer. La información debe ser clara y precisa sobre los cuidados y los recursos disponibles, fomentando la participación activa de las mujeres ayudándolas a adaptarse a su nueva realidad promoviendo así una mejor calidad de vida.

Palabras clave: mastectomía, calidad de vida, cuidados enfermeros, linfedema, dolor persistente post mastectomía, ansiedad, sexualidad, deterioro de la imagen corporal.

ABSTRACT.

Introduction: Breast cancer is one of the most common malignant neoplasms in women, representing 24.5% of all cancer diagnoses worldwide. In Spain, it is the most commonly diagnosed disease in women and also the leading cause of death in women. Moreover, its prevalence is significant. This disease has a multifactorial origin, and among

the most linked risk factors are a family history of breast cancer, the presence of the BRCA 1 and BRCA 2 genes and obesity.

Objective: The aim of this exploratory systematic review is to identify the physical and psychological care needs of mastectomised women.

Methodology: An exploratory systematic review, or scoping review, was carried out using the PUNTO Q tool of the University of La Laguna and the databases Pubmed, Medline, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, BDNF and CUIDEN. Manual searches were also carried out to ensure that all available relevant information was collected.

Results: A total of 137 articles were obtained from which 124 articles were excluded. Of the 13 resulting articles, 31% were systematic reviews, 23% were descriptive cross-sectional studies, 15% were case-control studies, 15% were literature reviews, 8% were qualitative studies and 8% were quantitative quasi-experimental studies.

Conclusions: Women who have undergone a mastectomy due to breast cancer have a range of care needs that go beyond the specific medical care related to the treatment, extending to psychological and physical aspects. It is essential that the nurse works in a holistic and multidisciplinary way to provide comprehensive and personalised care that corresponds to the needs of each woman. Information must be clear and precise about the care and resources available, encouraging the active participation of women and helping them to adapt to their new reality, thus promoting a better quality of life.

Keywords: mastectomy, quality of life, nursing care, lymphoedema, persistent post-mastectomy pain, anxiety, sexuality, body image impairment.

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Tipos de cáncer de mama.....	1
1.2	Pruebas diagnósticas.....	2
1.3	Tratamiento del cáncer de mama.....	2
1.4	Mastectomía.....	2
1.5	Dolor persistente posterior a la mastectomía (DPM).....	3
1.6	Linfedema.....	4
1.7	Disfunciones Musculoesqueléticas.....	4
1.8	Ansiedad.....	4
1.9	Sexualidad y deterioro de la imagen corporal.....	5
2.	OBJETIVOS.....	6
2.1	Objetivo General:.....	6
2.2	Objetivo Específico:.....	6
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
3.1	Figura 1.....	8
3.2	Tabla 1.....	9
4.	RESULTADOS.....	10
4.1	Dimensión física.....	10
4.1.1.	Dolor persistente posterior a la mastectomía (DPM).....	10
4.1.2.	Linfedema.....	11
4.1.3.	Disfunciones Musculoesqueléticas.....	11
4.2	Dimensión psicológica.....	12
4.2.1.	Ansiedad y depresión.....	12
4.2.2.	Sexualidad y deterioro de la imagen corporal.....	12
5.	DISCUSIÓN.....	14
5.1.	Dolor crónico.....	14
5.2.	Disposición para mejorar los conocimientos.....	15

5.3. Deterioro de la movilidad física.	17
5.4. Ansiedad.....	17
5.5. Patrón de sexualidad ineficaz y trastorno de la imagen corporal.....	19
6. CONCLUSIONES.....	20
7. GUÍA DE INTERVENCIÓN RECOMENDADA PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.	21
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS.	30
Anexo 1. Tabla cuantitativa.....	30
Anexo 2. Escala NRS.	32
Anexo 3. Escala Mc. Gill Pain Questionnaire (MPQ).....	33
Anexo 2. Tabla cualitativa.	34

1. INTRODUCCIÓN

Según International Agency for Research on Cancer en el año 2020 se diagnosticaron 9.227.484 casos de cáncer en el mundo, de los cuales el 25% son cánceres de mama que además fue el causante del 15% de las muertes por este tipo de cáncer. A nivel mundial es uno de los cánceres que presenta mayor prevalencia, seguido del cáncer colorrectal, próstata, pulmón y tiroides. (GLOBCAN, 2022).

En España el cáncer de mama es el más diagnosticado en mujeres y la primera causa de muerte seguida por el de pulmón, colon y páncreas. Con una mortalidad en el año 2020 de 6.572 mujeres de todas las edades y con una alta prevalencia. (SEOM, 2022).

El cáncer de mama es el de mayor frecuencia en mujeres canarias, ocupando el 28% de los casos. En Canarias, en el año 2020 murieron 1.820 mujeres por esta causa (INE 2021). Tiene una incidencia estimada según un informe de 2018 del Servicio de Epidemiología y Prevención, de la Dirección General de Salud Pública de 1.388 casos en mujeres. (Gobierno de Canarias, 2018).

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer. Consiste en el desarrollo apresurado e incontrolado de células del epitelio glandular. Estas células aumentan desmedidamente su capacidad reproductiva. Aunque puede aparecer en hombres, corresponde menos del 1% del total de los casos diagnosticados. (SEOM, 2020).

Su origen es multifactorial, se produce por la interacción de factores genéticos, ambientales y estilo de vida. Los factores de riesgo incluyen la edad, género, hiperplasia intraductal diagnosticada, factores hormonales, radiación ionizante, uso de terapia de reemplazo hormonal en largo periodo de tiempo y la toma de anticonceptivos orales. Los que más vinculación tienen son: la historia familiar de cáncer de mama, la presencia de genes BRCA 1, BRCA 2 y la obesidad. (Palmero et al., 2022; Kuliýski et al., 2021).

1.1 Tipos de cáncer de mama.

Histológicamente se divide en:

Carcinoma ductal in situ (DCIS), representan un 25% de los casos y es aquel que no se ha propagado al resto de tejido mamario, entre los que se encuentran; carcinoma ductal y carcinoma lobulillar.

Cáncer de mama invasivo, carcinoma ductal masivo (IDC) y carcinoma lobulillar invasivo (ILC), representan un 75% de los casos y son los que se han extendido al tejido mamario circundante. (American Society Cancer, 2019; Palmero et al., 2022).

Dentro del cáncer de mama ILC, existe el triple negativo, que representa un 15% (es complicado de abordar) y el cáncer de seno inflamatorio, que simboliza entre 1-5% de los casos. (American Society Cancer, 2019).

1.2 Pruebas diagnósticas.

Su diagnóstico se realiza mediante una exploración de la mama y las axilas para comprobar la existencia de ganglios linfáticos inflamados, pruebas de imagen (mamografía, ecografía, resonancia magnética) y una biopsia. (Radecka et al., 2016).

1.3 Tratamiento del cáncer de mama.

El tratamiento se lleva de manera individual para cada paciente y va a depender del tipo de cáncer y la etapa en la que se encuentre. En la actualidad consta de terapias dirigidas (quimioterapia) y tratamiento hormonal como los de mayor utilidad seguido de la radioterapia y la cirugía. Su finalidad es mejorar la calidad y esperanza de vida de las mujeres. (Akram et al., 2017).

Los efectos secundarios del tratamiento son; caída del pelo, cansancio, problemas de fertilidad y de corazón, alteraciones en las uñas, neuropatías, náuseas, úlceras en la boca, vómitos, pérdida de apetito y diarreas.

Además, el cáncer de mama y sus tratamientos llevan consigo molestias físicas y psicológicas, especialmente trastornos del estado de ánimo, depresión, ansiedad, ira, miedo por la imagen corporal. (Musarezaie et al., 2015)

1.4 Mastectomía.

Existen las siguientes técnicas como parte del tratamiento:

Mastectomía radical. Consiste en la extirpación de la glándula mamaria (incluye tejido mamario, pezón, areola y piel que recubre la mama), ambos pectorales (menor y mayor) y vaciamiento ganglionar axilar completo.

Mastectomía radical modificada. Se extirpa la glándula mamaria y la mayoría de los ganglios linfáticos de la axila.

Mastectomía simple. Se realiza la extirpación de la glandula mamaria. Solo en algunos casos se extirpa algún ganglio linfático de la axila.

También hay casos donde se realiza una mastectomía conservando la piel y el pezón o solo la piel.

En los casos donde no se realiza la mastectomía se hace una lumpectomía, que consiste en la extracción del tumor y el tejido de alrededor del mismo.

El tipo de cirugía dependerá del estadio, el tamaño del tumor, el tamaño del pecho de la mujer y si están afectados los ganglios linfáticos (García-Parada et al., 2018; American Society Cancer, 2019; Kuliýski et al., 2021; García-Solbas et al., 2021).

A pesar de los avances en los tratamientos, la mastectomía sigue siendo una práctica habitual, entre un 20-30% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama se exponen a ella. Al ser una técnica tan utilizada con el paso del tiempo se ha hecho hincapié en mejorar los resultados estéticos produciendo así una reducción del trauma físico y psicológico de las pacientes. (García-Solbas et al., 2021).

Una vez realizada la mastectomía, estas mujeres sufren muchas dificultades que derivan a varios trastornos y que influyen negativamente en su calidad de vida. En los casos que se realizan cirugías conservadoras de mama se ven menos perjudicadas. (Musarwzaie et al., 2015).

La alta tasa de supervivencia ha hecho que se ponga una atención más centrada en aumentar la calidad de vida de estas mujeres. La reconstrucción mamaria podría ayudar a recuperar la imagen corporal y disminuir el estrés producido por la mastectomía. (García-Solbas et al., 2021).

El cáncer de mama y sus tratamientos llevan consigo un impacto perjudicial en las mujeres, causando problemas físicos: vómitos, dolor, trastornos del sueño y linfedema del miembro de la mama afectada, problemas funcionales: afectación de la función del hombro ipsilateral, causando dificultades en las actividades de la vida diaria (ducharse, cocinar, peinarse, etc) y cambios posturales, problemas emocionales: depresión, ansiedad, pensamientos negativos, miedo a la muerte, miedo a la imagen corporal, sentimientos de soledad y problemas sexuales. Todos ellos contribuyen a una influencia negativa de la supervivencia y de su calidad de vida. (García-Solbas et al., 2021; Kuliýski et al., 2021; Pacaric et al., 2018; Maharjan et al., 2018).

Las consecuencias de la mastectomía conllevan consigo diferentes problemas en las distintas dimensiones de las mujeres con cáncer de mama, de las cuales derivan los diferentes problemas:

1.5. Dolor persistente posterior a la mastectomía (DPM).

El dolor es un síntoma temido por todos los pacientes, en especial los pacientes oncológicos. Este afecta entre un 25-50% de las mujeres después de ser sometidas a una mastectomía, dura al menos 6 meses durante al menos la mitad del tiempo y empeora con el movimiento. Es un dolor neuropático que afecta a la zona del hombro, tórax del lado

afectado, axila o brazo. Hay factores que pueden provocar la aparición del DPM, estos se dividen en tres tiempos: factores preoperatorios (edad, IMC, existencia de dolor crónico por otra causa), factores intraoperatorios (extirpación de los ganglios linfáticos y daños en los troncos nerviosos) y factores postoperatorios (aparición de dolor agudo después de la operación, la radioterapia y quimioterapia neurotóxica).

Este puede llegar a ser debilitante, afectando al estado anímico, sueño y a sus relaciones sociales, en definitiva, afectando negativamente a su calidad de vida. (Tait et al., 2018)

1.6 Linfedema.

Es la consecuencia más temida del tratamiento del cáncer de mama. El linfedema asociado a la mastectomía produce la inflamación del brazo por la suspensión del flujo linfático axilar, debido a la ablación de los ganglios linfáticos, la radioterapia o la combinación de las dos, causando inflamación del brazo afectado, dolor, efecto de tirantez y peso del brazo e infecciones de la piel. (Robles, 2006)

Este no solo acarrea consecuencias en la esfera física de las mujeres, sino que también influye de manera notable en la esfera emocional y social incidiendo de forma negativa en la calidad de vida. (Yealms et al., 2007)

1.7 Disfunciones Musculoesqueléticas.

Después de la cirugía y del tratamiento del cáncer de mama, las mujeres pueden experimentar una serie de afectaciones en el miembro superior del lado afectado; pérdida de fuerza muscular, movilidad y amplitud articular, trastornos posturales, dolor del hombro. Estas alteraciones pueden producir incapacidad influyendo directamente en las actividades de la vida diaria. (Hechavarria et al., 2013)

1.8 Ansiedad.

La ansiedad aparece en la mujer con cáncer de mama en diferentes etapas a lo largo de la enfermedad como son el diagnóstico, durante el tratamiento y sobre todo en la cirugía tanto antes como después. A todo esto, le añade diferentes sensaciones que se tienen a lo largo de la enfermedad como la impresión de muerte, miedo a la recidiva, sensación de pérdida de control, creencias sobre el cáncer y factores físicos que aumentan la ansiedad como es el dolor. Así mismo la realización de una mastectomía puede conllevar a repercusiones psicológicas difíciles, puesto que en mujeres mastectomizadas el impacto de la pérdida de una o ambas mamas les genera mayor nivel de ansiedad ya que esta tiene un importante significado a nivel cultural, sexual, psicológico y afectivo. Todo esto hace

necesario que las pacientes lleven buenas intervenciones a nivel psicológico. (Mota et al., 2018)

1.9 Sexualidad y deterioro de la imagen corporal.

La sexualidad y la imagen corporal son aspectos importantes en las mujeres mastectomizadas, puesto que de ello surgen desafíos emocionales y físicos que afectan a su bienestar sexual y a la percepción que tienen de ellas mismas. La mama está muy enlazada con la identidad femenina, la reproducción, la maternidad, la madurez y la sexualidad. Algunas mujeres se sienten menos atractivas o femeninas e incluso tienen que realizar cambios en la forma de vestirse.

Está estrechamente relacionada la devaluación de la imagen corporal con la sexualidad de las mujeres, esto quiere decir, que cuanto más agresiva sea la cirugía, mayores son los sentimientos/experiencias de devaluación en la imagen corporal y esto a su vez repercute en su sexualidad, todo esto afecta en la calidad de vida de las mujeres negativamente. (Fonseca et al., 2011)

Todas estas situaciones podrían desencadenar otros inconvenientes, como por ejemplo el conocido síndrome de “media mujer”, en el cual las mujeres se perciben incompletas, imposibilitadas para aceptar su figura, dejan de sentirse atractivas sexualmente y sienten inquietud ante la posibilidad que sus parejas las dejen. (Kuliýski et al., 2021).

Este trabajo se va a enfocar en la perspectiva de la dimensión de la teoría de la incertidumbre de Mishel Merle, la cual valora las reacciones que el individuo experimenta frente a la enfermedad y ayuda a comprender la manera en que los pacientes interpretan la incertidumbre y sus secuelas. Describe la importancia de brindar información por parte de la enfermera, durante todo el proceso de la enfermedad, mejorando el afrontamiento de esta. Además, especifica la importancia de motivar al paciente a expresar sus emociones para poder reconocer el estrés, la desadaptabilidad y los temores y así ejecutar un plan individual con el paciente. (Triviño et al., 2005).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Identificar las necesidades de cuidados de las mujeres mastectomizadas según la evidencia actual.

2.2 Objetivo Específico:

- Averiguar cómo afecta la mastectomía en la calidad de vida de las pacientes a nivel físico y emocional.

- Obtener los cuidados enfermeros que se puedan brindar para cada una de las distintas necesidades.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado una scoping review, también conocida como revisión sistemática exploratoria, es un método para mapear las ideas principales que sujetan un campo de estudio. Los objetivos que persigue la revisión sistemática son: evaluar la calidad y metodologías utilizadas en los diferentes estudios realizados en áreas específicas del conocimiento, síntesis de la evidencia científica, desempeñando un papel en la toma de decisiones. En definitiva, es una revisión sistemática que permite explorar no solo que se hizo sobre un tema, sino también quién, dónde y cómo se hizo.

Con los resultados obtenidos se pueden formular hipótesis sobre futuros interrogantes de investigación y se pueden sugerir áreas de investigación que aún no están completamente investigadas. Son útiles para recopilar literatura de evidencia actual hasta el momento del estudio, ya que son adecuadas para abordar preguntas más allá de las relaciones con los efectos de la intervención o la experiencia. (Micah et al., 2015).

Por esta razón, se ha realizado una búsqueda bibliográfica para sintetizar la evidencia actual sobre las necesidades de cuidados de las mujeres mastectomizadas. Para ello se ha utilizado el Punto Q, herramienta que sirve para buscar desde un mismo punto todos los contenidos disponibles en el portal de la ULL, además se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Medline, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, BDNF y CUIDEN. También se han realizado búsquedas manuales.

Se ha utilizado el tesoro Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizando los operadores booleanos "AND", "OR" y Medical Subject Heading (MESH) para aplicar las siguientes palabras clave:

- Mastectomy / Mastectomía

- Nursing care / Cuidados enfermeros
- Quality of life / Calidad de vida
- Lymphedema / Linfedema
- Persistent post-mastectomy pain / Dolor persistente post mastectomía
- Anxiety / Ansiedad
- Sexuality / Sexualidad
- Impaired body image /Deterioro de la imagen corporal

Se aplicaron una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados con un máximo de 20 años.
- Artículos en español, inglés y portugués.
- Presentación en texto completo.
- Que obtengan las palabras clave.

Criterios de exclusión:

- Mujeres mastectomizadas por causas distintas al padecimiento de cáncer de mama.

La elaboración de esta revisión sistemática se ha realizado siguiendo el modelo PRISMA, consiste en una guía que permite a los lectores comprender de manera activa los procedimientos llevados a cabo y comprobar la selección de los artículos tanto incluidos como excluidos en la revisión. El flujograma de selección de los artículos de esta revisión se encuentra en el punto 3.1.

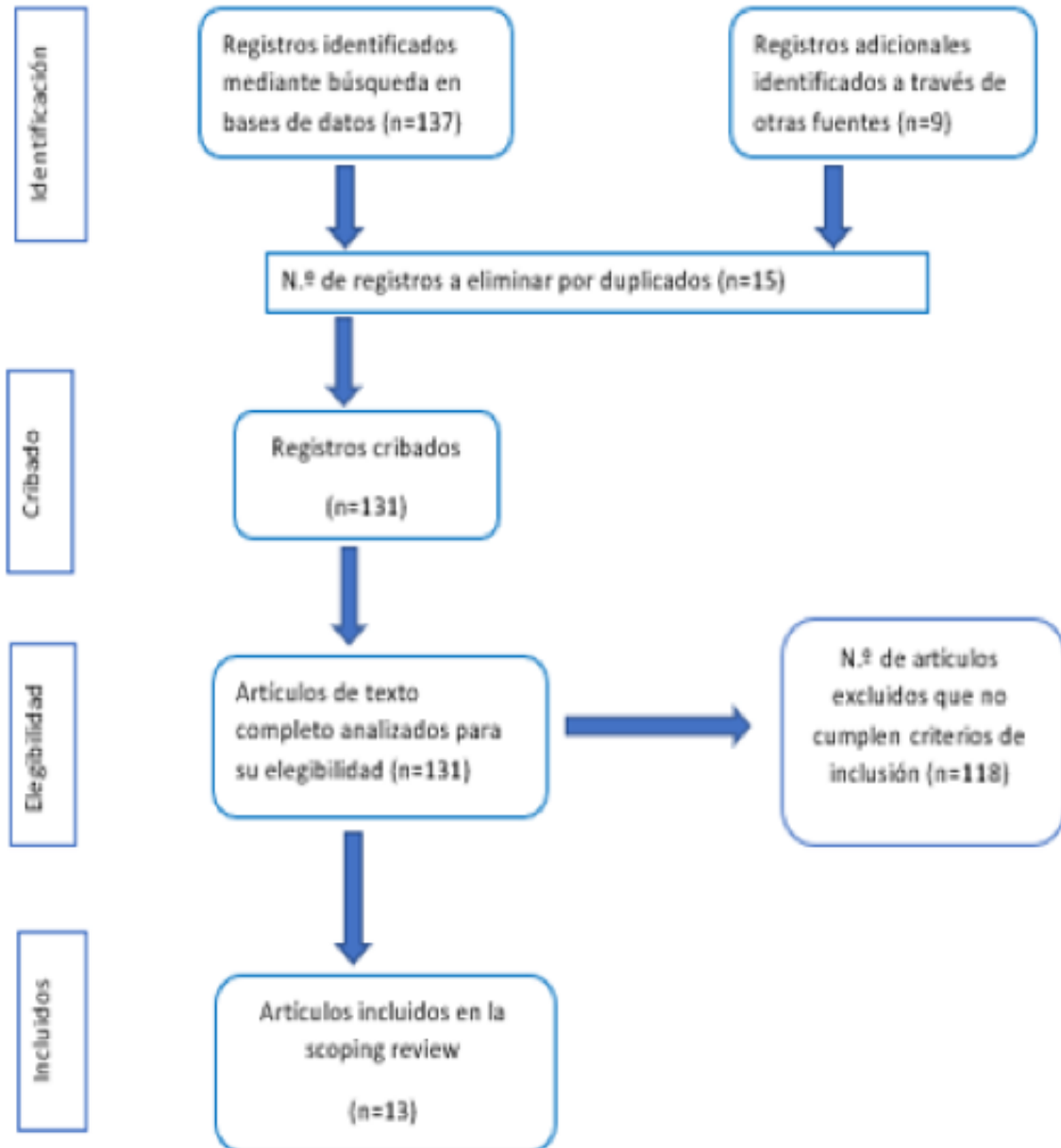
Para la realización de una lectura crítica se han utilizado los instrumentos facilitados por la organización CASPE (Critical Appraisal Skills Programme español). Esta organización ofrece unas plantillas para cada tipo de estudio en las que se determina el nivel de evidencia. También se ha utilizado las herramientas proporcionadas por JBI (Instituto Joanna Briggs), que están orientadas a facilitar una síntesis completa y objetiva de un amplio número de estudios mediante un procedimiento riguroso y transparente. Sus herramientas permiten evaluar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los artículos que se han utilizado mediante el uso de plantillas. (Punto 3.2).

En el **anexo 1** se puede observar la tabla cuantitativa donde se ha registrado las búsquedas realizadas en las distintas bases de datos, utilizando las palabras clave anteriormente mencionadas.

En el **anexo 4** se encuentra la tabla cualitativa en la que se adjunta información detallada de cada artículo: fuente, objetivo, muestra, método, resultados y conclusiones.

3.1 Figura 1.

Flujograma de selección de los artículos según el modelo prisma.



Fuente: Modificado de Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis J, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical Epidemiology*. 62(10), 1-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>

3.2 Tabla 1.

Estudios incluidos, tipo de estudio, calidad de lectura crítica, nivel de evidencia (NE), grado de recomendación (GR)					
Nº	Estudio incluido	Tipo de estudio	Lectura crítica	Joanna Briggs	
				NE	GR
1	Josephine (2019)	Cuantitativo cuasi experimental	CASPe 8/10	2b	A
2	Robles (2006)	Revisión literaria.	CASPe 7/10	3b	B
3	Merencio (2020)	Cualitativo	CASPe 8/10	3	A
4	Yéalmos (2007)	Descriptivo transversal	Berra et al Calidad alta	4b	B
5	Chang (2021)	Revisión Sistemática	CASPe 10/10	1b	A
6	Tait (2018)	Revisión literaria	CASPe 8/10	3b	B
7	Espinoza (2018)	Descriptivo Transversal	Berra et al. Calidad alta	4d	B
8	Hechavarría (2013)	Descriptivo Transversal	Berra et al. Calidad alta	4d	B
9	Mota (2018)	Revisión sistemática.	CASPe 8/10	1b	A
10	Fonseca (2011)	Revisión Sistemática	CASPe 10/10	1b	A
11	Vázquez-Ortiz (2010)	Estudio de casos y controles	CASPe 7/11	1c	A
12	Martins (2021)	Revisión Sistemática	CASPe 10/10	1b	A
13	Bouya (2021)	Estudio de casos y controles	CASPe 9/11	1c	A

4. RESULTADOS

Después de aplicar diversas estrategias de búsqueda hemos seleccionado un total de 13 artículos para nuestro trabajo. De estos artículos, el 31% corresponden a revisiones sistemáticas, el 23% son estudios descriptivos transversales, el 15% son estudios de casos y controles, el 15% son de revisiones literarias, el 8% son estudios cualitativos y el 8% son estudios cuasi experimentales de tipo cuantitativo.

Después de analizar los artículos, se obtuvo como resultado, dos dimensiones afectadas en las necesidades de las mujeres mastectomizadas. En la dimensión física, encontramos un total de 8 artículos que abordan las necesidades relacionadas con el dolor post mastectomía, el linfedema y problemas musculoesqueléticos. En la dimensión psicosocial, encontramos un total de 5 artículos que abordan las necesidades relacionadas con la ansiedad/depresión y la sexualidad/deterioro de la imagen corporal.

4.1 Dimensión física.

4.1.1. Dolor persistente posterior a la mastectomía (DPM).

Chang et al. (2021) en su revisión sistemática encuentra que para tratar el DPM se utilizan ciertos tipos de fármacos como la pregabalina, gabapentina y opioides. En él obtiene como resultado los beneficios de combinar la terapia convencional y terapias complementarias, siendo las pacientes de cáncer de mama las más que lo ponen en práctica. A esto lo llama “oncología integradora” son terapias que engloban el cuerpo y mente basadas en la evidencia y que complementan los tratamientos farmacológicos. En su estudio afirma que la musicoterapia, la acupuntura y la hipnosis tienen resultados en el tratamiento del dolor, aunque la evidencia disponible es sólo moderada. A pesar del limitado nivel de evidencia estas son terapias seguras para el paciente y se les podría ofertar dependiendo de su inclinación hacia una u otra. El trabajo de Tait et al. (2018), coincide tanto con el tratamiento farmacológico, así como con el potencial beneficio de las terapias complementarias, añade que la administración de analgésicos preoperatorios dio resultados satisfactorios reduciendo la incidencia del dolor posoperatorio agudo, así como la incidencia en la aparición del DPM. Además, el tratamiento multidisciplinario realizado por especialistas del dolor crónico es más efectivo que el tratamiento estándar. Por otro lado, destaca que la existencia de un servicio de dolor de transición para las mujeres mastectomizadas disminuiría el uso de opioides y otros analgésicos después de la cirugía y posterior al alta, mediante terapias no farmacológicas (fisioterapia, acupuntura, ejercicios de relajación).

4.1.2. Linfedema

La falta de información sobre las consecuencias de la mastectomía respecto a la posibilidad de tener linfedema es una de las principales demandas de las mujeres según el trabajo de Robles (2006). En su estudio, más del 80% de las mujeres a las que entrevistó, recibieron la información asistiendo a la Unidad de Drenaje Linfático, es decir, una vez ya diagnosticadas de linfedema.

Josephine (2019) confirma la importancia de la información que las enfermeras puedan transmitir a las pacientes sobre las medidas preventivas y ratifica que estas medidas deben comenzar antes del tratamiento y proseguir durante y después del mismo.

En el trabajo de Merencio y Ventura (2020) se pone de manifiesto la necesidad de crear un programa de rehabilitación en el que la enfermera pueda fomentar los cuidados para evitar complicaciones y promocionar la autonomía e independencia de las mujeres mastectomizadas donde se promueva la participación de la familia puesto que es una pieza clave para la continuidad de los cuidados en el hogar.

Yealms et al. (2007) describe, además, la necesidad de definir la labor de los sanitarios encargados de informar y prevenir sobre los cuidados del linfedema ya que nombra que en algunos estudios, los mismos profesionales se encuentran intranquilos por sentirse que no cuentan con los conocimientos ni habilidades para abordarlo.

4.1.3. Disfunciones Musculoesqueléticas.

Espinoza et al. (2018) concluye que las mujeres que han pasado por una mastectomía experimentan como principales problemas musculoesqueléticos, la inestabilidad del hombro, la proyección de la escápula y la de abducción y flexión del brazo del lado afectado. Estos problemas se agravan debido a las recomendaciones postoperatorias, que incluyen la limitación de movimientos en el lado afectado y el uso de vendajes compresivos que restringen la movilidad. Además, muchas mujeres tienen miedo de realizar movimientos con el brazo afectado por temor a experimentar dolor adicional.

Hechavarria et al. (2013) resalta la importancia de la fisioterapia en la recuperación de las mujeres mastectomizadas, ya que ayuda a prevenir múltiples alteraciones como las anteriormente mencionadas por Espinoza et al. (2018), incluyendo el linfedema. Según su estudio, el 82% de las mujeres que recibieron fisioterapia obtuvieron resultados satisfactorios. Además, recomienda comenzar la misma a las 24-48 horas después de la cirugía. En el estudio también menciona medidas preventivas que evitarían la aparición o empeoramiento de disfunciones musculoesqueléticas, eliminando el encamamiento prolongado, potenciando la movilización temprana, e impulsando los ejercicios activos

libres asistidos o pasivos acompañados de masajes que favorezcan la circulación. Según los autores, estas medidas preventivas son simples y de bajo coste, por lo que se podrían implementar y llevar a cabo en Atención Primaria.

4.2 Dimensión psicológica.

4.2.1. Ansiedad y depresión.

Mota et al. (2018) manifiestan la importancia de una intervención psicosocial en el manejo de la enfermedad y además añade que en mujeres mastectomizadas va enfocada a la imagen corporal, además del malestar emocional, los signos y síntomas del tratamiento, así como, la reducción de la ansiedad para prevenir que se convierta en psicopatológica. Entre las intervenciones más empleadas destacan: la terapia cognitivo-conductual para el adiestramiento del manejo de la ansiedad, la intervención psicoeducativa, la psicoterapia de grupo y las terapias alternativas que complementan a las anteriormente mencionadas como son; la relajación y el yoga. Además, sugiere que la intervención psicosocial debería realizarse en todo el periodo de la enfermedad.

Bouya et al. (2021) destacan cómo la atención de enfermería dirigida a la capacitación del autocuidado en mujeres con cáncer de mama que habían sido sometidas a quimioterapia postmastectomía resultó efectiva para disminuir de manera significativa los síntomas depresivos en el grupo de intervención. Dentro del material educativo que se les brindó a las pacientes, se incluyó la familiarización con distintos aspectos de la atención de enfermería con relación al cáncer de mama, la relevancia de la depresión y las tácticas para abordarla, la educación acerca de las necesidades nutricionales, así como también la instrucción sobre el ejercicio aeróbico como forma para reducir los síntomas depresivos.

4.2.2. Sexualidad y deterioro de la imagen corporal.

Respecto a la sexualidad y su relación con el deterioro de la imagen corporal, Fonseca et al. (2011) realizaron un trabajo, donde concluyeron que las mujeres que se sometieron a cirugías conservadoras tenían menos pérdida de la imagen corporal que aquellas que se habían sometido a una mastectomía radical modificada. Además, se encontró que la experiencia de la sexualidad está directamente relacionada con la imagen corporal de las pacientes, de manera que cuanto más agresiva es la cirugía, mayor es la declinación de la imagen corporal y menor satisfacción sexual. Asimismo, se ha observado que las mujeres que han pasado por una mastectomía sienten la necesidad de recibir ayuda por parte de su familia, pareja, otras mujeres que han pasado por lo mismo y

profesionales de la salud. En este proceso la enfermera aplica instrumentos tales como la relación de ayuda, demostración de disponibilidad y escucha activa. Todas se encuentran en la clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) como intervenciones enfermeras: [5270] apoyo emocional, presencia [5340] y la escucha activa [4920], todas ellas se encuentran en el dominio 3 conductual. La escucha activa y apoyo emocional pertenecen a la especialidad de enfermería oncológica. Butcher et al. (2018)

En su estudio Vázquez-Ortiz et al. (2010) pone en relieve que el 50% de las mujeres que ha sufrido una mastectomía manifiestan estar preocupadas por la continuidad de las relaciones sexuales y expresan miedo ante la posibilidad de rechazo de sus parejas. Entre los problemas sexuales que experimentan se encuentran la sequedad vaginal, la falta de deseo sexual, la disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales, la dificultad para excitarse y relajarse y por consiguiente poder disfrutar de las relaciones sexuales. Los cambios en la imagen corporal también son un factor determinante, haciéndolas sentir asimétricas y provocando rechazo y vergüenza al mirarse en el espejo o al desnudarse, además de dificultades a la hora de vestirse. Los resultados del estudio indican que estos problemas no mejoran con el tiempo, al menos no hasta pasado 5 años, salvo en los casos que se realiza algún tipo de intervención psicoterapéutica enfocada a los cambios psicosexuales y la imagen corporal. En este sentido, se destaca la importancia de involucrar a la pareja en este proceso.

Mediante una revisión sistemática, Martins et al. (2021) encontraron que la reconstrucción mamaria puede ayudar a restaurar la apariencia física de la mama y, por lo tanto, mejorar la imagen corporal, además esta puede ayudar a recuperar la autoestima y la confianza, mejorando así la capacidad para disfrutar de la actividad sexual.

5. DISCUSIÓN

5.1. Dolor crónico

En los trabajos de Deng et al. (2019) y Chang et al. (2021) se encontró, que la musicoterapia como intervención en pacientes con cáncer disminuye el dolor por lo que debe ser tenido en cuenta como medida complementaria. También resultó que la musicoterapia reduce notablemente la percepción del dolor, la angustia emocional por el mismo y el uso de opioides en la población en general. La electroacupuntura disminuye el dolor con una duración prolongada del efecto una media de 10 semanas, por mediación del aumento de la producción de neurotransmisores analgésicos endógenos. Además, la realización de dos sesiones de acupuntura a la semana durante seis semanas, y siguiendo una vez a la semana durante el mismo periodo de tiempo, da resultados positivos a largo plazo. En cuanto a la hipnosis, en personas con cáncer de mama esta contribuye a la reducción del dolor. Estos estudios confirman que estas terapias son beneficiosas y sería útil incluirlas en el tratamiento siempre que se respeten las preferencias de la paciente. Estos trabajos gozan de una elevada puntuación CASPE y un nivel de evidencia y grado de recomendación altos. Por otro lado, la musicoterapia [4400] está incluida en la NIC y se encuentra en el dominio 3 conductual en la clase de terapias conductuales, incluida en la especialidad de enfermería de oncología según Butcher et al. (2018), sería de gran utilidad que las enfermeras que tratan a este tipo de pacientes estuvieran formadas en este tipo de terapia.

En el trabajo de Lopes et al. (2013) destacan los buenos resultados que tiene llevar a cabo una analgesia preventiva, con gabapentina que llevó a una reducción del uso de morfina en el posoperatorio un 48%. En otro estudio se encontró que la aplicación de anestésico local EMLA en la zona de la mama o axila, disminuyó la necesidad de analgésicos postoperatorios y la incidencia del DPM.

Según González (2018), es imprescindible para las enfermeras mantener los conocimientos actualizados sobre los opioides, sus efectos secundarios y adversos, de este modo pueden aconsejar ciertas acciones para evitar esos efectos secundarios como, por ejemplo, ante el estreñimiento por el uso de este, podría aconsejar a la paciente que aumente la ingesta de fibra en la dieta y beba abundante agua. En su estudio añade que una buena relación paciente-enfermera está ligada a una buena adherencia con el tratamiento. Además, especifica que la función de la enfermera en el dolor no es solo evaluar el mismo y administrar la analgesia, sino que también desarrolla actividades educativas relacionadas con la información acerca del dolor, de los efectos de la

medicación, alternativas para paliar el mismo, así como cuándo es necesario acudir a pedir ayuda.

El manejo del dolor crónico [1415] es una NIC, en el dominio 1, fisiológico básico y dentro de la clase E en el fomento de la comodidad física, está incluido dentro de la especialidad de enfermería oncológica. La enfermera, no solo evalúa el dolor del paciente y el tratamiento, sino que también fomenta el uso de medidas no farmacológicas y lo instruye tanto a él como a su familia en el manejo de este. Butcher et al. (2018)

5.2. Disposición para mejorar los conocimientos.

Una de las principales reclamaciones de las mujeres mastectomizadas se centra en la falta de información previa para ayudarlas a prevenirlo. En su estudio refiere que se debe instruir a las pacientes del beneficio que tiene realizar ejercicio con el brazo afectado lo antes posible, llevar un correcto cuidado de la piel, además de evitar que en el brazo afectado se realicen técnicas tales como la toma de tensión arterial o canalización de vías entre otros. Por todo ello es necesario la intervención NIC *mejorar el acceso a la información sanitaria [5515]* proporcionando información clara, objetiva y fiable. (Robles, 2006). Si bien el trabajo presenta un nivel de evidencia y grado de recomendación bajos, Merencio y Ventura (2020) en un estudio con grado de recomendación y nivel de evidencia altos coinciden con estos resultados en su trabajo. Estos últimos autores además destacan la importancia de brindar a las mujeres la oportunidad de realizar preguntas para resolver sus dudas y así proporcionar una atención personalizada por parte de la enfermera, satisfaciendo las necesidades individuales de información y aprendizaje de cada mujer. Por otro lado, Joshepine (2019) añade que es un derecho de los pacientes recibir información antes de su tratamiento y a lo largo del mismo, siendo una función de la enfermera el proporcionársela. Esta autora trabajó llevando a cabo un protocolo de prevención del linfedema mediante intervenciones de enfermería como: pautas para mantener el cuidado del brazo, ejercicios, utilización de la manga de compresión, entre otros. En él se da información de rutina al grupo de comparación y al grupo de estudio se le brinda el protocolo de prevención. Este incluye un seguimiento preoperatorio, postoperatorio y de mantenimiento dando un resultado significativo en cuanto a la manifestación del linfedema para el grupo a estudio frente al que no lo recibieron. Este trabajo presenta un nivel de evidencia y grado de recomendación alto.

En tal sentido, Yealms et al. (2007), recomiendan que todos los sanitarios que tratan diariamente a pacientes con linfedema reciban formación continua basada en la evidencia, dado que se trata de una enfermedad crónica que no tiene cura. Por tanto, resulta fundamental ofrecer medidas preventivas e información actualizada. A pesar de que

tiene un nivel de evidencia y grado de recomendación bajos, su recomendación está apoyada por los hallazgos de Merencio y Ventura (2020) y Musarezaie (2015). Además, los tres estudios enfatizan en la importancia de que las enfermeras lleven a cabo una buena promoción de la salud y se mantengan actualizadas sobre los tratamientos, las complicaciones que puedan surgir y su manejo. En definitiva, la formación continua resulta crucial para garantizar la calidad de la atención y el bienestar de las pacientes con linfedema. Los autores resaltan la importancia de contar con protocolos de cuidados específicos para cada etapa por la que pasan las mujeres mastectomizadas. En la etapa preoperatoria, es crucial identificar los factores de riesgo para el postoperatorio y aumentar la funcionalidad del brazo ipsilateral afectado. Durante el postoperatorio, se deben llevar a cabo actividades que reduzcan el dolor, como estiramientos, relajación y posturas adecuadas. En la última etapa, se deben proporcionar pautas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con el fin de mejorar la calidad de las mujeres mastectomizadas. Estas recomendaciones están respaldadas por la evidencia de diversos estudios en la materia. Williams (2004) corrobora en su trabajo con un grado de recomendación y nivel de evidencia alto, que el mayor inconveniente para las pacientes fue, no haber recibido información en el momento del diagnóstico; además añade que esta falta de información se le atribuye a la falta de conocimiento de los profesionales de la salud. En su estudio se encontró que las mujeres consideraban importante que la enfermera mantuviera una continuidad en los cuidados, puesto que les ayudaría a controlar el linfedema y a conservar unos buenos hábitos en la realización de sus cuidados. Además, sugiere la creación de métodos formativos tanto para las pacientes como para los profesionales.

Pereira et al. (2012) en un trabajo de abordaje cualitativo, relata cómo las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, describen diferencias en cuanto a los cuidados en hospitales generales o especializados en oncología. Las mujeres que fueron atendidas por enfermeras especializadas afirman que además de obtener información de todo el proceso, eran instruidas y encaminadas por la enfermera para su propio autocuidado. Las mujeres sienten cómo la enfermera se preocupa por sus problemas y necesidades de forma individual, interviniendo en la "enseñanza individual" (NIC 5606). Es por ello por lo que Pereira considera preciso elaborar protocolos de asistencia orientados a las mujeres con cáncer al igual que lo afirman Merencio y Ventura (2020). Además, añade que sería relevante la creación de una especialidad en oncología enfermera, pues tener unos cuidados especializados potenciaría una mayor supervivencia.

5.3. Deterioro de la movilidad física.

En su estudio, Gumiel-Urrutia et al. (2019) obtienen resultados similares a los de Espinoza et al. (2018) en cuanto a los problemas musculoesqueléticos del miembro superior del brazo afectado en mujeres mastectomizadas. Estos problemas se clasifican como secuelas tardías del cáncer de mama y se caracterizan por la pérdida de movilidad en la articulación del hombro (flexión y abducción) y la proyección de la escápula. Según el estudio de Gumiel-Urrutia et al. (2019) un 37% de las mujeres experimentaron estas secuelas, y no se encontró correlación entre ellas y el tipo de intervención elegida.

Según el estudio de Espinoza et al., (2018) es recomendable que todo tratamiento para el cáncer de mama incluya un protocolo de rehabilitación temprano para evitar los problemas anteriormente mencionados, siendo estos evitables en muchos casos. De manera similar, Hechavarria et al. (2013) también recomienda la fisioterapia temprana como una medida preventiva para los mismos. En resumen, ambos estudios destacan la importancia de la fisioterapia temprana como parte integral del tratamiento del cáncer de mama para prevenir problemas musculoesqueléticos a largo plazo, aunque tanto el nivel de evidencia como su grado de recomendación son bajos y se necesitan más estudios que confirmen este punto.

Wang et al. (2020) en su estudio experimental realizó un seguimiento durante 6 meses a mujeres mastectomizadas, en el que, el grupo de control obtuvo una intervención enfermera tradicional y el grupo experimental, una intervención basada en la evidencia. En el estudio, el grupo experimental obtuvo una mejoría en la salud de las pacientes más significativa que en el grupo de control, tanto a nivel físico como psicológico. Esto pone de manifiesto la importancia del apoyo de la evidencia en las intervenciones enfermeras.

5.4. Ansiedad.

Bernardi et al. (2013) en un ensayo clínico aleatorio obtuvieron mediante el yoga una reducción significativa en el grupo experimental del estrés, dando así niveles más bajos de ansiedad al finalizar. Estas mujeres recibieron 6 sesiones de Hatha-Yoga con una duración de 45 minutos, más instrucciones para llevarlo a cabo en casa, mientras que las de control se mantenían a la espera. Los dos grupos al comenzar el estudio partieron del mismo nivel de ansiedad. Por lo tanto, concluye que el Hatha-Yoga ayuda a las mujeres a su autoconocimiento, refuerza su autoestima, las ayuda a hacer frente al cáncer y disminuye sus niveles de ansiedad. Sánchez (2015), aporta en su revisión bibliográfica que el personal sanitario tiene un papel secundario en el campo de las terapias alternativas y complementarias (TAC) y aclara que el yoga debería formar parte de las intervenciones

enfermera. El yoga solo o en combinación con otro tipo de actividades mejora la calidad de vida y la ansiedad, aunque afirma que también existe déficit de investigación respecto a las TAC considerando un tema conveniente a estudio, evaluando tanto los beneficios como los efectos adversos, puesto que uno de los trabajos encontrados, los resultados obtenidos entre otros fueron la reducción de los gastos sanitarios, que se correspondería al menor consumo de fármacos. De esta manera la enfermera podría asesorar al paciente en qué casos sería beneficioso llevarla a cabo.

Leal & Jiménez (2015) encontraron resultados que respaldan la eficacia del trabajo de las enfermeras en dichos procedimientos. En su trabajo argumenta que la intervención psicoeducativa es la más relevante dentro de la intervención psicológica, donde la enfermera juega un papel importante y especifica algunas de las NIC en las que la enfermera interviene: mejorar el afrontamiento [5230], presencia [5340], asesoramiento [5240], aumentar los sistemas de apoyo [5440], fomento de la implicación familiar [7110], enseñanza: ejercicio prescrito [5612], enseñanza: proceso de enfermedad [5602]. En el expone que las enfermeras deben tener la capacidad de reconocer las formas en la que los pacientes afrontan la enfermedad en cualquier fase y debe fomentar tácticas enfocadas en brindar atención personalizada a las pacientes con cáncer, a través de intervenciones que mejoren su capacidad de hacer frente a la situación.

En lo que respecta a la psicoterapia de grupo, Bellver (2007) demostró una reducción en los niveles de ansiedad y depresión en las participantes que recibieron la intervención grupal, además de una mejora en su calidad de vida después del tratamiento para el cáncer de mama. La terapia de grupo ofrece ciertas ventajas en comparación con la terapia individual, como la oportunidad de establecer o ampliar su red de apoyo social, el fomento del apoyo mutuo entre los miembros, lo que contribuye a mejorar la autoestima de la paciente al brindar apoyo a los demás y la adopción de actitudes adaptativas al aprender de los demás miembros del grupo. Además, la terapia de grupo es una opción más económica, ya que se puede atender a un mayor número de pacientes sin necesidad de contar con muchos profesionales. Según el estudio de Rodríguez & Font (2013), se obtuvieron resultados significativamente positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y miedo a través de la psicoterapia grupal confirmando lo mencionado anteriormente por Bellver (2007). Los resultados sugieren que la terapia es una buena alternativa a los tratamientos psicofarmacológicos para tratar estos trastornos emocionales.

En relación con la práctica de la actividad física, Mehnerta et al. (2011) examinaron el impacto de esta en la ansiedad, depresión y percepción corporal. El protocolo de ejercicio consistió en la realización de ejercicio 2 veces a la semana durante 10 semanas, las cuales

incluyeron ejercicios aeróbicos, entrenamiento de movimientos, técnicas de relajación, caminatas y trotes adaptados a cada paciente. Los hallazgos encontrados en el grupo de intervención fueron la reducción significativa a lo largo del tiempo en los niveles de ansiedad y depresión, mostrando los beneficios de este sobre el bienestar psicosocial.

Todo esto coincide con los trabajos de Mota et al. (2018) y Bouya. et al. (2021) que presentaron un grado de recomendación y nivel de evidencia altos.

5.5. Patrón de sexualidad ineficaz y trastorno de la imagen corporal.

García & Blasco (2008) en su estudio realiza una valoración de los problemas sexuales que sufren las mujeres tanto antes como después de la realización de talleres de sexualidad en los que obtiene mejores resultados en la satisfacción sexual en las mujeres que asistieron con respecto a las que no. Las mujeres cambiaron su valoración después de la realización del taller y con ello el resultado significativamente positivo en cuanto a la sequedad vaginal, la mejora del deseo sexual y la calidad de las relaciones. Un taller específico podría constituir una intervención que ayudaría a recobrar la sexualidad como así lo propone Vázquez-Ortiz (2010) en un trabajo con alto nivel de evidencia y grado de recomendación. En la misma línea de evidencia están los trabajos de Vieira et al. (2018) y Martins et al. (2021) donde se afirma que las pacientes que se realizaron una reconstrucción mamaria notificaron una mejor función sexual, menos síntomas depresivos y mejor imagen corporal que las pacientes que después de la cirugía no se realizaron dicha reconstrucción. Además, Villegas & Londoño (2019) recomiendan la cirugía con colgajos, puesto que afirma obtener mejores resultados que los implantes, no obstante, en general cualquiera de las dos técnicas mejora la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas.

En este mismo sentido destacan dos intervenciones de enfermería NIC relacionadas con el dominio 3 conductual, específicamente de la clase R de ayuda al afrontamiento. Estas son [5220] potenciación de la imagen corporal, perteneciente a la especialidad de enfermería oncológica y [5400] potenciación de la autoestima que se aplica en enfermería de salud a las mujeres (Butcher et al., 2018). Leal & Jiménez (2015) llevaron a cabo una revisión bibliográfica en la que propusieron una serie de actividades para aplicar estas intervenciones en el proceso asistencial de mujeres con cáncer de mama.

Con respecto a la potenciación de la imagen corporal, se recomienda utilizar guías anticipatorias para preparar a la paciente para cambios previsibles en su imagen corporal, como es en el caso de la mastectomía. Por otra parte, se debe evaluar cómo la mujer se adapta a estos cambios y determinar si han contribuido a aumentar el aislamiento social. También sugiere identificar formas de disminuir el impacto de cualquier desfiguración mediante el uso de ropa, pelucas, cosméticos, si corresponde y proporcionar el contacto

con personas que hayan experimentado cambios de imagen corporal semejantes. De la misma forma, Mehnerta et al. (2011) en su trabajo sobre los beneficios del ejercicio en mujeres con cáncer de mama encuentra una mejora en la percepción de su imagen corporal, los beneficios fueron tanto a nivel de la imagen corporal individual, como en la femineidad, el atractivo sexual y la satisfacción corporal individual, pero no se evidenciaron progresos en lo que respecta a la percepción social de la imagen corporal, como son la confianza ante situaciones sociales, la disminución de la evitación del contacto social y el descenso de la significación de la apariencia. Es posible que la ausencia de resultados puede deberse a que las mujeres involucradas en el estudio no presentaban una percepción social significativamente negativa de su imagen corporal, por lo tanto, habría que seguir investigando en cuanto ello.

En cuanto a la potenciación de la autoestima, se recomienda animar a la paciente a identificar y reafirmar sus virtudes personales, favorecer un ambiente y actividades que fomenten la misma y contribuir a implantar metas realistas para lograr una mejor autoestima.

6. CONCLUSIONES

- En cuanto al alivio del dolor crónico, la musicoterapia podría ser una alternativa complementaria a los tratamientos farmacológicos, la ansiedad y la reducción del consumo de opioides. Así mismo las sesiones de acupuntura y la electroacupuntura también estarían incluidas como alternativa para el manejo del dolor crónico reduciéndolo en largos periodos, puesto que aumentan la producción de neurotransmisores analgésico-endógenos pudiendo ser opciones efectivas para el manejo de este. También la hipnosis en algunos casos como medida alternativa se puede usar, todas ellas tienen una recomendación moderada. En la elección de estas, siempre hay que tener en cuenta las preferencias del paciente. Respecto a la analgesia preventiva para reducir el dolor postoperatorio se necesitan más estudios más estudios.
- Con respecto a la falta de información, es un problema importante en mujeres mastectomizadas, siendo por otro lado un derecho de la paciente que no se está respetando en muchos casos. La enfermera debe brindar los recursos y la información adecuada para que estas puedan tomar decisiones sobre su tratamiento y seguimiento garantizando así su bienestar emocional y físico. La información se debe suministrar de manera individualizada adaptándose a las necesidades de cada persona y permitiendo que esta tenga oportunidad de resolver sus dudas. La creación de un protocolo en el que la enfermera acompañe a las

mujeres durante todo el proceso y esté presente en cada etapa de la enfermedad podría ayudar en este sentido contribuyendo a la existencia de enfermeras actualizadas en estos cuidados específicos.

- En relación con los problemas musculoesqueléticos tras la cirugía es importante que las mujeres reciban atención adecuada respecto a ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, masajes terapéuticos, fisioterapia, así poder mantener una buena salud musculoesquelética y prevenir posibles complicaciones.
- En cuanto a la reducción de la ansiedad, la práctica de yoga, la intervención psicoeducativa y la psicoterapia de grupo son intervenciones que demuestran reducción en los niveles de ansiedad y depresión de las pacientes, además que son terapias en las que la enfermera puede intervenir. Estas terapias de manera individual o en combinación, mejoran la calidad de vida y reducen el uso de tratamientos psicofarmacológicos.
- Existen diversas técnicas beneficiosas para abordar el impacto negativo que la mastectomía deja en la sexualidad y deterioro de la imagen corporal de la misma afectando a su bienestar. La asistencia a talleres, la práctica de ejercicio físico, especialmente aeróbico y los programas de rehabilitación les proporcionan información y herramientas útiles para mejorar estos aspectos. Además, la reconstrucción mamaria puede tener un efecto positivo en la sexualidad, la imagen corporal de sí misma y autoestima, teniendo en cuenta siempre que la enfermera debe brindar la información necesaria sobre la reconstrucción mamaria de manera que pueda decidir si es adecuada para ella, individualizando así las necesidades de cada mujer.

7. GUÍA DE INTERVENCIÓN RECOMENDADA PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.

Una de las funciones principales de la enfermera es detectar las necesidades de cuidados de las personas y sus familias, realizando una valoración integral y holística. Según los datos obtenidos con nuestro trabajo y basándonos en los diagnósticos e intervenciones basadas en la evidencia, recomendados por Ackley et al. (2021), para cubrir las necesidades de las mujeres mastectomizadas debemos llevar a cabo una serie de actividades que detallamos a continuación:

- Respecto al Síndrome del dolor crónico, la enfermera debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente para poder realizar un plan individualizado y adaptado a sus características y necesidades. La valoración debe incluir la localización, distribución, intensidad, características, duración, periodicidad y

posibles factores que aumenten o disminuyan el dolor. Además de ello se recomienda incluir herramientas para la valoración de este como la escala NRS (escala numérica), en la que se le pide al paciente que valore el nivel del dolor del 0-10 (anexo 2), la escala PRS, (escala del alivio del dolor) o el cuestionario McGill, que evalúa tanto aspectos cualitativos como cuantitativos (anexo 3). Se sugiere el uso de ambas escalas para obtener una evaluación más objetiva. Es importante evaluar el dolor crónico de manera regular, así como su impacto en la calidad de vida, del sueño y de la alimentación de las mujeres. Además, si sufren de ansiedad o depresión, como es el caso de muchas mujeres mastectomizadas, se intensifica la percepción de dolor. Cuando están tratadas con narcóticos (es frecuente en mujeres con cáncer de mama), es importante que la enfermera conozca el tratamiento que está tomando, así como la eficacia y la presencia de los efectos secundarios, como puede ser el estreñimiento provocado por algunos medicamentos y en los que sería aconsejable recomendar un tratamiento para evitarlo. También es recomendable que las pacientes lleven un control periódico del nivel de dolor, en el que anote si existe algún suceso que lo agrave o lo alivie. Es conveniente resolver las dudas de la paciente con respecto al tratamiento medicamentoso pautado y advertirle sobre los posibles efectos secundarios. En las personas ingresadas habría que evaluar también el nivel de depresión respiratoria de forma regular. La enfermera también podrá instruir sobre el uso de terapias no farmacológicas en conjunto con las farmacológicas, cuando el dolor está controlado, para el cual se tendrá en cuenta las preferencias de la paciente, como pueden ser; la relajación, aplicación de frío-calor, entre otros.

- Con relación a la disposición para mejorar los conocimientos, la información es una de las herramientas más valiosas. Para proporcionarla, debe adaptarse al nivel de conocimientos y habilidades de la paciente, así como utilizar un lenguaje no técnico y en el caso de pacientes con dificultad para el correcto entendimiento proporcionar además por escrito. De igual importancia es que, la enfermera fomente la retroalimentación, animarlas a preguntar todas sus dudas y a participar de forma activa en sus cuidados. Para ello se recomienda realizar reuniones formativas frecuentes, con el propósito de llevar un seguimiento, mejorar el autocuidado y si las condiciones de la paciente lo permiten, animarlas a utilizar métodos de información multimedia fiables, que les ayude en el aprendizaje de su propia enfermedad y cuidado.

- En cuanto a la ansiedad, la enfermera debe estar pendiente ante cualquier signo, así como valorar el nivel de esta, haciendo uso de una buena anamnesis

para reconocerlos. En los casos donde las mujeres experimentan pensamientos irracionales, la enfermera deberá ofrecerles información sobre su enfermedad, pronóstico y los resultados, puesto que está demostrado que mantenerlas informadas fortalece su empoderamiento. Además, la enfermera debe ayudar a las pacientes a interpretar los síntomas de la ansiedad como normales, así como explicarles las emociones que podrían sentir a lo largo de la enfermedad. En este ámbito es importante que la enfermera cree un vínculo de confianza enfermera-paciente, así como recomendar la combinación de terapias alternativas que puedan reducir la ansiedad y acrecentar el bienestar y confort, como, por ejemplo; el Reiki y el yoga.

- Sobre el trastorno de la imagen corporal, la enfermera deberá realizar a la paciente cuestiones relacionadas con su imagen corporal y la importancia de esta, para sí misma, así de esta manera, poder detectar aquellas mujeres que puedan sufrir alteraciones. Además, debe tener en cuenta determinados factores que influyen negativamente en las mismas, como puede ser la edad o la procedencia, entre otros. La enfermera mantendrá advertidas a las pacientes de los cambios que puedan ocasionar los diferentes tratamientos y deberá estar preparada para poder abordarlos. También debe tener en cuenta los casos donde se deba facilitar asesoramiento sobre los tipos de intervención a realizar, como es el caso de las mujeres de cáncer de mama que se someten a una mastectomía, además de proporcionar información sobre la reconstrucción de pecho y facilitar habilidades para disminuir los efectos de los tratamientos, como recomendar el uso de pelucas o sujetadores con prótesis. Es importante que la enfermera recomiende a las mujeres que mantengan su vínculo social, así como recomendar la asistencia a grupos de apoyo, para que puedan compartir sus experiencias y miedos.

- Por último, sobre la sexualidad, la enfermera debería alentar a las pacientes a hablar sobre los problemas que experimentan a nivel sexual, ya que, las mujeres mastectomizadas se ven afectadas por un gran cambio de la imagen corporal, que les afecta significativamente, tanto a nivel físico como psicológico, provocándoles alteraciones en la función sexual. Una evaluación periódica que permita reconocer si este problema se prolonga en el tiempo y qué factores aumentan el mismo es necesaria. La enfermera podría recomendar intervenciones no farmacológicas como pueden ser una buena orientación profesional y la asistencia a grupos de apoyo.

7. BIBLIOGRAFÍA

Ackley, B. J; Ladwig, G. B; Flynn, M. B; Martinez-Kratz, M; Zanotti, M. (2021). Nursing diagnosis handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. Evolve.

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., y Ullah, A. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. Biological Research, 50 (33). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625777/>

American Cancer Society. (2019). About breast cancer. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/tipos-de-cancer-de-seno.html>

American Cancer Society. (2019). Surgery for breast cancer. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>

American Cancer Society. (2019). Treating breast cancer. Disponible: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/quimioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>

Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 4(1), 133-142. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303930>

Bernardi, M. H., Costa, M. H., Zandonade, E., Forghieri Santaella, D., y Novais Barbosa, J. A. (2013). Cien Saude Colet. 18(12), 3621-3632. Disponible en: <https://doi10.1590/s1413-81232013001200018>

Berra S., Elorza-Ricart, J. M., Estrada, M. D., y Sánchez, E. "Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales" (2008) Gac Sanit. 22(5):492-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/45337362_Instrumento_para_la_lectura_critica_y_la_evaluacion_de_estudios_epidemiologicos_transversales

Bouya, S., Barahoie, Z., y Kiani, F. (2021). El efecto de la intervención educativa de enfermería en el autocuidado sobre la depresión en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia posmastectomía: Un estudio cuasi-experimental. Revista Internacional de Cirugía Abierta. 32. Disponible en: <https://doi.org/10.16/j.ijso.2021.10033>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., y Wagner, M. C. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

Chang P. J., Asher, A., y Smith, S. R. (2021). A targeted Approach to Post-Mastectomy Pain and Persistent Pain Following Breast Cancer Treatment. *Cancers (Basel)*. 13(20). Disponible en: [https:// doi: 10.3390/cancers13205191](https://doi.org/10.3390/cancers13205191)

Deng, G. E., Lyman, G. H., Greenleel, H., Bohlke, K., Bao, T., DeMichele, A. M. (2019). Integrative medicine for pain management in cancer patients. *The Cancer Journal*. 25(5), 343-348. Disponible en: [https:// doi: 10.1097/PPO.0000000000000399](https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000399)

Espinoza-Oviedo, J., Ortega, M. A., y Díaz-Chang, B. (2018). Evaluación de las alteraciones biomecánicas del tren superior post mastectomía en pacientes que asisten al Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil. *Revista Lasallista de Investigación*.15(2), 378-389. Disponible en: <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a29>

Esteve, N., Sansaloni, C., Verd, M., Ribera, H., y Mora, C. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. del dolor*. 24(3), 132-139. Disponible en: [https:// doi: 10.20986/resed.2017.3542/2016](https://doi.org/10.20986/resed.2017.3542/2016)

Fonseca, P. A., Mafalda, A., y Oliveira, L. (2011). Implicaciones de la mastectomía en la sexualidad e imagen corporal de la mujer y respuesta de enfermería perioperatoria. *Referencia revista de enfermería*. 3(5), 163-171. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964015>

García, S., y Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 5(1), 155-170. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130155A>

García-Solbas, S., Lorenzo-Liñan, M.A., y Catro-Luna, G. (2021). Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9707. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189707>

Global Cancer Observatory. (2022). *Cancer Today*: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>

Gobierno de Canarias. (2018). Estimación de la Incidencia del cáncer en Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=7f2e8019-d4e1-11e2-8241-7543da9dbb8a&idDocument=a5613f45-d72d-11e2-8241-7543da9dbb8a>

González, F. J. (2018). Therapeutic approach and nursing care in the patient with oncological pain. *Ocronos-revista médica y de enfermería*. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-dolor-oncologico/>

Gumiel-Urrutia, J. M., Burgos-Mansilla, B., Olave, E. (2019). Secuelas morfo-funcionales en mujeres operadas de cáncer de mama en las regiones de la Araucanía y del Bío-Bío, Chile. *International Journal of Morphology*. 37(3), 965-970. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022019000300965>

Hechavarria, Z. E., Hernández, M. S., y Maturell, J. (2013). Fisioterapia en mastectomizadas con alteraciones físicas y funcionales en el hombro ipsilateral. *MEDISAN*. 17(10), 6080-6087. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013001000009&lang=es

Hutton, B., Catalá-López, F., y Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina clínica*. 147(6), 262-266. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>

Instituto Nacional de Estadística. (enero-junio 2021). Defunciones por causa de muerte, comunidad y ciudad autónoma de defunción y sexo. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55864>

Josephine, S. P. (2019). Evaluation of Lymphedema Prevention Protocol on Quality of Life among Breast Cancer Patients with Mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 20(10), 3077-3084. Disponible en: DOI: [10.31557/APJCP.2019.20.10.3077](https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.3077)

Kuliński, W., y Kosno, M. (2021). Quality of life in women after mastectomy. *Clinical and social study. Wiadomości Lekarskie*. 74(3), 429-435. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33813445/>

Leal, C., y Jiménez, M. J. (2014). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *Nure investigación*. 12(77), 1-17. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675>

Lopes, C. M., Galvao, C. M., Sousa, A. P., Barreto de Castro, T., Lavinhas, M. C., y Carvalho, A. F. (2013). Evidencias para el cuidado de la mujer mastectomizada en el perioperatorio. *Revista de la red de enfermería del Noroeste*. 14(6), 1232-1240. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419021>

Maharjan, M., Thapa, N., Adhikari, R. D., Petrini, M. A., y Amatya, K. S. (2018). Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 19(4), 1005-1012. Disponible en: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.1005>

Manchado, R., Tamames, S., López, M., Mohedano, L., Agostino, M., y Veiga de Cabo, J. (2009). Revisiones sistemáticas exploratorias. *Medicina y seguridad del trabajo*. 55(216), 12-19. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0465-546X2009000300002>

Mehnerta, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K., Koch, U., y Schulz, K.H. (2011). Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Onkologie*. 34(5), 248-253. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000327813>

Merencio, K. M., y Ventura, M.C. (2020). Experiencias de mujeres después de la mastectomía: cuidados de enfermería rehabilitadores en la promoción de la autonomía. *Revista de Enfermagem Referencia*. 5(2). Disponible en: <https://doi.org.10.12707/RIV19082>

Martins, B., Martins, I., Verri, L., Da silva, U., y Vilges de Oliveira, S. (2021). El impacto de la mastectomía en la imagen corporal y en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Psicooncología*. 18(1), 91-115. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/psic.74534>

Micah, D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., y Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 13(3), 141-146. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L. M., Martínez, S., y Peralta, J. R. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y salud*. 28(2), 155-165. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2551>

Musarezaie, A., y Zargham-Boroujeni, A. (2015). Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 20(2), 287-291. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25878710/>

Pačarić, S., Kristek, J., Mirat, J., Kondža, G., Turk, T., Farčić, N., Orkić, Ž., y Nemčić, A. (2018). The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study. *BMC Public Health*. 18(1):999. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5929-0>

Palmero, J., Lassard, J., Juárez, L. A., y Medina, C.A. (2022). Cáncer de mama: una visión general. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 354-360. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n3/1870-7203-amga-19-03-354.pdf>

Pereira, A. B., Da costa, M., y Pinto, A. (2012). La asistencia de la enfermera en la visión de las mujeres mastectomizadas. *Enfermería global*. 11(26), 416-426. Disponible en: <https://doi.org.10.4321/S1695-61412012000200026>

Radecka, B., y Litwiniuk, M. (2016). Breast cancer in Young women. *Ginekologia Polska*, 87(9), 659-663. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27723074/>

Robles, J. I. (2006). Linfedema: una patología olvidada. *Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 3(1), 71-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003358>

Rodríguez, E., y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*. 10(2), 275-287. Disponible en: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICOONCOLOGIA275288.pdf>

Salehoddin, B., Zeynab, B., y Fatemeh, K. (2021). El efecto de la intervención educativa de enfermería en el autocuidado sobre la depresión en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia posmastectomía: Un estudio cuasi-experimental. *Revista Internacional de Cirugía Abierta*. 32. Disponible en: <https://doi.org/10.16/j.ijso.2021.10033>

Sánchez, F. (2015). El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad. *Medicina naturista*. 9(2), 109-118. Disponible en: <https://dialnet-ElYogaComoUnInstrumentoDeEnfermeriaEnLosCuidadosAl-5171320%20>

Santos, W. M., Secoli, S. R., Püschel, V. A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Rev. Latinoamericana de Enfermagem*. 26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2017). Recomendaciones para el seguimiento de las mujeres supervivientes de cáncer de mama. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/largos-supervivientes/106161-recomendaciones-para-el-seguimiento-de-las-mujeres-supervivientes-de-cancer-de-mama>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2020). Cáncer de mama. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2022). Las cifras del cáncer en España 2022. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf

Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., Salsich, G. B., y Herndon, C. (2018). Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. *J Pain*. 19(12), 1367-1383. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.pain.2018.06.002>

Triviño, V., Zaider, G., y Olivia, A. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003

Vazquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010). Ajuste e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*. 7(2), 433-451. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220433A>

Vieira, S. C., Sabino, M., Francescato, D., Bueno, E., y Masako, L. (2018). Sexuality, drepression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 74. Disponible en: <https://doi.org.10.6061/clinics/2019/e883>

Villegas, M. J y Londoño, C. (2019). Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática. *Psicología y salud*. 29 (2), 259-268. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2592>

Wang, X., Lai, Q., Tian, Y., y Zou, L. (2020). Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer. *Medicine (Baltimore)*. 99(11). Disponible en: <https://doi.org.10.1097/MD.00000000000019183>

Williams, A. F., Moffatt, C. J., y Franks, P. J. A phenomenological study of the lived experiences of people with lymphoedema. *Int J Palliat Nurs*. (2004). 10(6), 279-286. Disponible en: <https://doi.org.10.12968/ijpn.2004.10.6.13270>

Yéalmos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A., García de Paredes, M., y Fernández, I. (2007). Impacto sobre el linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 4(1), 143-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303931>

8. ANEXOS.

Anexo 1. Tabla cuantitativa

Tabla 1. Estrategia de búsqueda			
Base de datos Medline. Pubmed			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 10 años	mastectomy and quality of life and nurse care	16/12/2022	5
Últimos 10 años	mastectomy AND breast neoplast AND nursing care	16/12/2022	144
Últimos 10 años	mastectomy AND breast neoplast AND nursing care and cancer treatment adverse effect	16/12/22	34
Últimos 20 años	mastectomy and breast neoplasm and nursing care and breast cancer lymphedema.	16/12/22	17
Últimos 20 años.	Mastectomy and persistent post-mastectomy pain	10/01/23	16
Últimos 20 años	Mastectomy and anxiety or depression and qualityof life	09.03.23	239
Últimos 20 años	Matectomy and sexuality or impaired body image and qualty of life	15.03.23	362
Base de datos: IBECS			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	Mastectomy and nursing care and lymphedema	16.12.12	0

No limitado	Mastectomy and persistent post-mastectomy pain	10.01.12	0
Base de datos: CUIDEN			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	Mastectomy and nursing care and lymphedema	16.12.22	2
No limitado	Mastectomy and persistent post-mastectomy pain	23.12.22	0
No limitado	Mastectomy and anxiety or depression and quality of life	09.03.23	8
No limitado	Mastectomy and sexuality or impaired body image and quality of life	15.03.23	0
Base de datos: Scielo España			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	Mastectomy and quality of life	16.12.22	47
No limitado	Mastectomia and linfedema	16.12.22	30
Últimos 10 años	Mastectomía and dolor post mastectomía	10.01.23	4
No limitado	Mastectomy and anxiety or depression and nurse care	09.03.23	0
No limitado	Mastectomy and sexuality and nurse care	15.03.23	0
Base de datos: Biblioteca Cochrane Plus			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
Últimos 10 años	Mastectomy and quality of life and nurse care	16.12.12	25

Últimos 10 años	Mastectomy and lymphedema	16.12.12	40
No limitado	Mastectomy and persistent post-mastectomy pain	10.01.23	14
No limitado	Mastectomy and anxiety or	09.03.23	3
No limitado	Mastectomy and sexuality and nurse care	15.03.23	2
Base de datos: BDEF			
Periodo buscado	Términos de búsqueda	Fecha de acceso	Resultados
No limitado	Mastectomy and breast cancer or lymphedema	18.12.12	784
No limitado	Mastectomy and anxiety or depression and nurse care	09.03.23	0
No limitado	Mastectomy and sexuality and nurse care	15.03.23	0

Anexo 2. Escala NRS.



Interpretación del dolor según su puntuación:

0 = sin dolor, 1-3= leve, 4-6= moderado, 7-10=severo

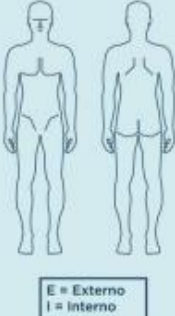
Fuente: Firman, G (2018, 23 de mayo). Escala numérica del dolor. MedicalCRITERIA.

Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/pain-scale/>

Anexo 3. Escala Mc. Gill Pain Questionnaire (MPQ).

Nombre paciente _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI (T) _____ PPI _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Espasmódico Temblor Palpitante Latente Golpeteo	11 Cansado Exhaustivo	Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente	Continuo Estable Constante
2 Creciente Repentino Provocado	12 Nauseabundo Sofocante			
3 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante	13 Temeroso Espantoso Terrorífico			
4 Agudo Cortante Lacerado	14 Agotador Debilitador Cruel Perverso Mortal			
5 Pellizcante Prensante Picante Calambres Aplastante	15 Desdichado Cegador			
6 Tirante Tracción Desgarrador	16 Incómodo Perturbador Abatido Intenso Inaguantable			
7 Caliente Quemazón Escaldado Quemadura	17 Difuso Irradiante Penetrante Que traspasa	Comentarios:		
8 Punción Picazón Esczor Picadura	18 Apretado Entumecido Estridente Abrumador Desgarrador			
9 Insensibilidad Sensibilidad Hirienda Dolorido Fuerte	19 Fresco Frio Helado			
10 Blando Tenso Aspero Terrible	20 Persistente Nauseabundo Agonizante Horroso Torturante			

PPI:
0 Sin Dolor
1 Suave
2 Incómodo
3 Angustioso
4 Horrible
5 Agudísimo

Fuente: Fuentes, A. (2020, 18 de agosto). Cuestionario del dolor McGill-Utilidades del programa neridronate en SDRC y fibromialgia. LinkedIn. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/cuestionario-del-dolor-mcgill-utilidades-programa-y>

Anexo 2. Tabla cualitativa.

Tabla. Resultados cualitativos de la búsqueda.					
Fuente	Objetivos	Muestra	Método	Resultados	Conclusiones
<p>“Evaluation of Lymphedema Prevention Protocol on Quality of life among Breast Cancer Patients with Mastectomy”. Asian. Pac. J. Cancer. Prev. 20(10), 3077-3084.</p> <p>Josephine SP. (2019).</p>	<p>Obtener el efecto del protocolo de prevención del linfedema, en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama con mastectomía en un hospital seleccionado de Tamil Nadu.</p>	<p>Fueron 120 participantes.</p>	<p>Enfoque de investigación cuantitativa cuasi experimental no equivalente con grupo de control antes y después del diseño (no aleatorio). El protocolo de prevención en el linfedema se implementó para el grupo de estudio, mientras que el grupo de comparación recibió atención de rutina.</p>	<p>Existe diferencia significativa entre los dos grupos. Las pacientes mastectomizadas que reciben el protocolo de prevención no aparecen el linfedema, o en un pequeño grado, lo cual lo hace efectivo.</p>	<p>La implementación temprana del protocolo de prevención del linfedema fue eficaz en términos de prevención del linfedema y mejora de calidad de la vida entre las pacientes que se sometieron a una mastectomía lo que producirá un resultado clínico favorable a lo largo de su supervivencia.</p>
<p>“Linfedema: una patología olvidada”. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en</p>	<p>Conocer las causas en el linfedema, su incidencia, las diferentes técnicas del tratamiento, consejos preventivos y apoyo psicológico.</p>		<p>Artículo de revista.</p>	<p>Hay múltiples de factores que afectan negativamente en la calidad de vida de las mujeres con linfedema aunque</p>	<p>Una buena comunicación con los pacientes y mantenerlos informados siempre de los daños colaterales de su enfermedad puede ayudar a prevenirlos.</p>

oncología. 3(1), 71-90. Robles, J. I. (2006).				hay diversas técnicas que los mejoran.	
“Experiencias de mujeres después de la mastectomía: cuidados de enfermería rehabilitadores en la promoción de la autonomía”. Revista de Enfermagem de Referencia. 5(2). Merencio, K. M., Ventura, M. C. (2020).	Describir las experiencias de las mujeres mastectomizadas en el hogar e identificar la importancia atribuida por las mujeres con mastectomía a la intervención de enfermería rehabilitadora.	Fueron 9 participantes.	Estudio cualitativo.	Las mujeres tienen complicaciones tanto físicas como dificultad para realizar las actividades cotidianas.	Un programa de enfermería adaptado a cada mujer serviría de apoyo para evitar complicaciones.
“Impacto sobre el linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama”. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en	Revisar el impacto del linfedema en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.	Participaron 515 mujeres de las cuales 253 tenían linfedema y 262 no lo tenían.	Estudio descriptivo.	La calidad de vida fue valorada negativamente en aquellas que tenían linfedema dando como resultado un peor estado físico y emocional. En cuanto a aspectos sociodemográficos	El linfedema es una de las complicaciones más frecuentes en los tratamientos de cáncer de mama y afecta a todos los niveles de la salud de la mujer.

<p>oncología. 4(1), 143-164.</p> <p>Yéalmos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A., García de Paredes, M. Fernández, I. (2007).</p>				<p>no se muestran diferencias.</p>	
<p>“A targeted Approach to Post-Mastectomy Pain and Persistent Pain Following Breast Cancer Treatment. Cancers”. (Basel). 13(20).</p> <p>Chang P. J., Asher, A., y Smith, S. R. (2021).</p>	<p>Averiguar las diferentes fuentes de Dolor según su ubicación anatómica y proporcionar recomendaciones para cada trastorno según la evidencia actual.</p>	<p>Se categoriza según fuentes musculoesqueléticas, neuropáticas y somáticas.</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Hay diversas fuentes de dolor que pueden causar el dolor neuropático y para cada una de ellas se debería de dar recomendaciones diferentes.</p>	<p>Existen múltiples causas de dolor después del tratamiento de cáncer de mama. Lo ideal es realizar un buen examen físico y revisión del historial.</p>
<p>“Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment”. J Pain. 19(12), 1367-1383.</p>	<p>Estudiar los mecanismos, riesgos y tratamientos relacionados con el DPM y los enfoques pre y postquirúrgicos de los mismos.</p>	<p>Artículos de los factores del DPM, de secuelas sociales, psicológicas y funcionales relacionadas con este.</p>	<p>Revisión literaria</p>	<p>Concluye con que hay que realizar investigaciones futuras y tratamientos que reduzcan la incidencia en el DPM.</p>	<p>Lo ideal para e DPM es un seguimiento por un equipo multidisciplinar y la combinación del tratamiento convencional con terapias alternativa</p>

Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., Salsich, G. B., y Herndon, C. (2018).					
“Fisioterapia en mastectomizadas con alteraciones físicas y funcionales en el hombro ipsilateral”. MEDISAN. 17(10), 6080-6087 Hechavarria, Z. E., Hernández, M. S., y Maturell, J. (2013).	Evaluar las principales alteraciones del hombro ipsilateral y su respuesta ante a fisioterapia.	Se evaluaron a 80 mujeres post mastectomía.	Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.	La complicación más frecuente fue la omalgia y disminución de la fuerza articular. La respuesta a la fisioterapia fue satisfactoria en un 92%.	Las complicaciones se podrían llevar a cabo con protocolo sencillos y de bajo coste.
“Evaluación de las alteraciones biomecánicas del tren superior post mastectomía”. Revista Lasallista de Investigación.15(2), 378-389. Espinoza-Oviedo, J., Ortega, M. A., y	Identificar las alteraciones biomecánicas del tres superior presentes en pacientes postmastectomizadas.	Se analizan 28 mujeres con mastectomía radical modificada.	Estudio de investigación de deductivo con enfoque cuantitativo y alcance descriptivo y transversal.	Las alteraciones más frecuentes fueron la proyección de la escapula, inestabilidad del hombro, seguido de escoliosis.	Se concluye que por la falta de un inicio precoz en la rehabilitación se presentan problemas que no deberían de presentarse.

<p>Díaz-Chang, B. (2018).</p>					
<p>“Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica”. Psicología y salud. 28(2), 155-165.</p> <p>Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L. M., Martínez, S., y Peralta, J. R. (2018).</p>	<p>El objetivo es hacer una revisión teórica del papel que desempeña la ansiedad en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.</p>	<p>Artículos publicados entre 2012 y 2016, se seleccionaron 40 de ellos.</p>	<p>Revisión literaria.</p>	<p>Se evidencia que las mujeres con cáncer de mama experimentan la ansiedad durante todo el proceso de este afectando a su calidad de vida.</p>	<p>Sería de gran importancia mantener durante todo el proceso una intervención psicológica para disminuirla.</p>
<p>“El efecto de la intervención educativa de enfermería en el autocuidado sobre la depresión en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia posmastectomía: Un estudio cuasiexperimental”. Revista Internacional de Cirugía Abierta. 32</p>	<p>Determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería para el autocuidado en la reducción de la depresión en mujeres mastectomizadas.</p>	<p>Se realizó con 90 mujeres.</p>	<p>Estudio cuasiexperimental.</p>	<p>La intervención educativa del autocuidado de enfermería redujo significativamente la depresión en las pacientes.</p>	<p>Sería un método para llevar a cabo en conjunto con los tratamientos comunes para tratar la depresión.</p>

Salehoddin, B., Zeynab, B., y Fatemeh, K. (2021).					
<p>“Implicaciones de la mastectomía en la sexualidad e imagen corporal de la mujer y respuesta de enfermería perioperatoria”. Referencia revista de enfermería. 3(5), 163-171</p> <p>Fonseca, P. A., Mafalda, A., y Oliveira, L. (2011).</p>	<p>El principal objetivo fue integrar y analizar datos de estudios, contribuyendo a una mejor comprensión de la situación actual y promoviendo el aumento de la calidad de la atención brindada.</p>	<p>Fueron 6 estudios.</p>	<p>Artículo de revisión.</p>	<p>Estos demuestran que el deterioro de la imagen corporal influye de igual manera en la sexualidad, cuanto más mutilante sea la cirugía peor sexualidad e imagen corporal.</p>	<p>La enfermería perioperatoria desempeña un importante papel en la práctica clínica pero también en el área de información.</p>
<p>“Ajuste e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama”. Psicooncología. 7(2), 433-451.</p> <p>Vazquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010).</p>	<p>Analizar las consecuencias de la mastectomía en la sexualidad y la imagen corporal.</p>	<p>90 mujeres divididas en tres grupos de 30.</p>	<p>Estudio de casos-control.</p>	<p>En los tres grupos no hubo diferencias en cuanto a la excitación, frecuencia de relaciones sexuales y percepción física.</p> <p>Si hubo coincidencia de problemas en la desnudez y valoración negativa a su aspecto físico cuando no hay</p>	<p>Se deduce la importancia de realizar intervenciones psicoterapéuticas y asean individuales o grupales donde se traten todos los aspectos de las mujeres mastectomizadas.</p>

				intervención psicológica.	
<p>“El impacto de la mastectomía en la imagen corporal y en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática”. Psicooncología. 18(1), 91-115.</p> <p>Martins, B., Martins, I., Verri, L., Da silva, U., y Vilges de Oliveira, S. (2021).</p>	<p>El objetivo es evaluar las consecuencias de la mastectomía en la imagen corporal y la sexualidad en mujeres con cáncer de mama y estudiar su calidad de vida.</p>	<p>Artículos publicados entre 2010 y 2020.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>El 69,3 % de los artículos obtienen que la mastectomía empeora la sexualidad y la imagen corporal, así como la calidad de vida.</p>	<p>A la hora de realizar una mastectomía que no sea estrictamente necesaria se deberían de valorar todos los posibles deterioros que causa la misma.</p>