

Carolina Sebastià Garcés / Maricel Viña Vallespí

**QUALITAT DE VIDA I INFLUÈNCIA DEL ROL
D'INFERMERIA EN LES DONES
MASTECTOMITZADES**

RECERCA BIBLIOGRÀFICA

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Florencia Sáez Vay



TORTOSA 2016

INDEX

RESUM/ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓ	5
2. MARC CONCEPTUAL	
2.1. Biologia de la cèl·lula tumoral	8
2.2. Classificació dels tumors	9
2.3. Càncer de mama	12
2.3.1. Classificació dels receptors hormonals	13
2.3.2. Tipus de càncer de mama	14
2.3.3. Proves diagnòstiques	17
2.3.4. Tractament	
2.3.4.1. Radioteràpia	18
2.3.4.2. Quimioteràpia	22
2.3.4.3. Cirurgia	24
2.4. Comunicació de la malaltia	33
2.5. Rol infermeria	39
3. OBJECTIUS	41
4. METODOLOGIA	41
5. RESULTATS	42
6. ANÀLISI I DISCUSSIÓ	52
7. CONCLUSIÓ	58
8. BIBLIOGRAFIA	59
9. NORMES DE PUBLICACIÓ	66
10. ARTICLE.....	70

RESUM:

Introducció: El càncer de mama és el càncer més freqüent en la dona espanyola, suposa un 29% de tots els càncers. Tot i que la mortalitat per càncer de mama ha baixat en els últims anys, gràcies als programes de cribratge, continua sent la primera causa de mort per càncer a Espanya en les dones. Quan una dona és diagnosticada de càncer de mama li genera un desequilibri psicosocial el qual l'afectarà en totes les àrees de la seva vida. Infermeria ha de proporcionar un cuidatge holístic per cobrir les necessitats d'aquestes pacients.

Objectiu: Conèixer com es veu afectada la qualitat de vida de les pacients amb càncer de mama sotmeses a una intervenció quirúrgica i quines intervencions infermeres es duen a terme.

Metodologia: S'ha realitzat una cerca en les bases de dades BDENF, Cuiden, Cuidatge, Dialnet, Pubmed, Scielo i busqueda manual, en espanyol, anglès i portuguès. El període de recerca s'ha efectuat entre setembre del 2015 i març del 2016. Per tal que la cerca dels articles fos més exhaustiva, es van utilitzar diferents criteris d'inclusió i exclusió.

Resultats: De les diferents bases de dades s'han seleccionat 37 articles. Després de realitzar una lectura en profunditat dels articles, finalment s'han escollit 22 articles, els quals compleixen tots els criteris establerts.

Conclusió: La mama és un símbol de bellesa física i fertilitat, la pèrdua d'aquest òrgan genera una experiència dolorosa. La reconstrucció mamària és clau en la recuperació d'aquestes pacients, ja que contribueix a recuperar la imatge corporal, augmentar la seva autoestima i millorar la qualitat de vida. El paper d'infermeria en aquestes dones es imprescindible per poder cobrir es necessitats dels pacients i així aconseguir una bona recuperació.

Paraules clau: Càncer de mama, Rol infermeria, qualitat de vida, mastectomia, reconstrucció mamària.

ABSTRACT:

Introduction: Breast cancer is the most common cancer in Spanish women, represents 29% of all cancers. Although breast cancer mortality has declined in recent years due to screening programs remains the leading cause of cancer death in women in Spain. When a woman is

diagnosed with breast cancer generates a psychological imbalance which affect all ares of your life. Nursing able to provide a holistic caring for the needs of these patients.

Objective: How affected the quality of life of patients with breast cancer undergo surgery and which nursing interventions are carried out.

Methods: We conducted a literature review. The source of information was the database BDENF, Baby, Cuidatge, Dialnet, Pubmed, Scielo and handsearching, in Spanish, English and Portuguese and the IP was made between 2015 and 2016. To perform a search more comprehensive articles they use different criteria for inclusion and exclusion.

Results: In the various databases were selected 37 articles. After performing a read in-depth articles, reading the full text, finally chose 22 articles which meet all the criteria.

Conclusion: The breast is a symbol of physical beauty and fertility, the loss of this organ generates dolorosa experience. Breast reconstruction is key to the recovery of these patients as it helps restore body image, increase their self-esteem and improve quality of life. The role of nursing in these women is essential to meet patient needs and achieve a good recovery.

Keywords: Breast Cancer, Nursing Role, quality of life, mastectomy, breast reconstructio

1. **INTRODUCCIÓ:**

El càncer de mama és el càncer més freqüent en les dones, tant en els països desenvolupats com en els països en desenvolupament. La incidència de càncer de mama està augmentant en el món desenvolupat a causa de l'augment de l'esperança de vida, de la urbanització i de l'adopció de formes de vida occidentals.⁽¹⁾

A mesura que un país es desenvolupa, la freqüència d'alguns tumors disminueix, mentre que, malauradament, altres tumors es converteixen en malalties relativament freqüents. Això últim passa amb el càncer de mama. Espanya és un país que s'ha desenvolupat molt depressa en les darreres dècades i el càncer de mama ha augmentat.⁽²⁾

El càncer de mama és el càncer més freqüent en la dona espanyola, suposa un 29% de tots els càncers. A Espanya l'any 2012 es van diagnosticar 25.215 càncers de mama.⁽²⁾

Tot i que la mortalitat per càncer de mama ha baixat en els últims anys gràcies als programes de cribratge i hi ha una millora dels tractaments, el càncer de mama continua sent la primera causa de mort per càncer a Espanya en les dones. El 2012 van morir 6.075 dones per càncer de mama a Espanya.⁽²⁾

La recent revisió Cochrane, realitzada per Salvador Usach et al, la qual inclou més de 600.000 dones, mostra que no existeix evidència que recolzi un efecte beneficiós del programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama (DPCM). Aquest fet contrasta amb la percepció de la població general, molt llunyana de les dades reals, les quals mostren que per cada 1.000 dones, unes 4 moren per càncer de mama quan es fa el cribratge i 5 quan no es realitza aquest procediment.⁽³⁾

Per cada mort previnguda al llarg de 10 anys amb una mamografia anual, s'obtidran entre 490-670 falsos positius, amb repetició de l'estudi, biòpsies innecessàries i entre 3-14 diagnòstics de càncer de mama que mai s'haguessin manifestat clínicament al llarg de la vida de la dona.⁽³⁾

La supervivència mitjana relativa del càncer de mama després de cinc anys, és del 89.2% de forma global. L'estadi en el qual s'ha diagnosticat el càncer influeix en la

supervivència. La supervivència a l'estadi I és de més del 98% i en canvi en els estadis III la supervivència baixa al 24%.⁽²⁾

La incidència varia molt en tot el món, amb taxes normalitzades per edat de fins a 99,4 per 100 000 a Amèrica del Nord. Europa oriental, Amèrica del Sud, Àfrica austral i Àsia occidental presenten incidències moderades, però en augment. La incidència més baixa es dona en la majoria dels països africans.⁽¹⁾

Les taxes de supervivència del càncer mamari varien molt en tot el món, des del 80%, o més, en Amèrica del Nord, Suècia i Japó, passant per un 60% aproximadament en els països d'ingressos mitjans, fins a xifres inferiors al 40% en els països d'ingressos baixos (Coleman et al., 2008). Les baixes taxes de supervivència observades en els països poc desenvolupats es poden explicar principalment per la falta de programes de detecció precoç, la qual cosa fa que un alt percentatge de dones acudeixin al metge amb la malaltia ja molt avançada, però també per la manca de serveis adequats de diagnòstic i tractament.⁽¹⁾

Les estadístiques de l'estudi realitzat per Musarezaie A et al, ens mostren que, a escala mundial, entre cada 10 dones, 1 persona és diagnosticada amb aquesta malaltia. D'acord amb l'informe de la Societat Americana del càncer, a cada 15 minuts, cinc persones són diagnosticades amb càncer de mama i una dona mor a causa d'aquest cas.⁽⁴⁾

La causa o causes que produeixen un càncer de mama encara no estan aclarides, però sí que s'han identificat nombrosos factors de risc associats al càncer de mama. La major part d'ells es relaciona amb els antecedents reproductius que modulen l'exposició hormonal durant la vida. L'edat és el principal factor de risc per patir un càncer de mama, el risc augmenta en augmentar l'edat. Les dones amb antecedents familiars de càncer de mama tenen més risc.⁽²⁾

Hem escollit el càncer de mama amb dones, primer perquè durant les pràctiques comunitàries vam tenir una pacient que en aquell moment li havien realitzat la reconstrucció de la mama i ens va impactar veure les grans ferides que li havien quedat, que posteriorment seran futures cicatrius.

El següent motiu pel qual ens hem acabat de decidir, és la gran incidència en la població femenina. Té un gran interès social, ja que és el càncer que més predomina en el sexe femení. El fet de l'extirpació total o parcial de la mama, té una gran rellevància tant en l'aspecte emocional, com en el físic i el social.

Creiem, doncs, que és un tema del present i del futur. Actualment, gràcies a les tècniques innovadores, s'ha aconseguit disminuir l'impacte emocional que fins ara produïa aquesta malaltia. Amb una mateixa intervenció quirúrgica es realitza l'extirpació del tumor i la reconstrucció de la mama, minimitzant així les cicatrius en el cos de la dona.

Amb aquestes intervencions, s'ha aconseguit reduir l'impacte físic i sexual, disminuir el temps d'hospitalització i recuperació de les cicatrius. En definitiva, proporcionen una millor qualitat de vida, ajudant a les pacients a tornar a portar una vida normal el més ràpidament possible.

La importància que tenen aquestes noves tècniques en la nostra futura professió, és comprovar les avantatges i els inconvenients que ens proporcionen en comparació amb les antigues tècniques emprades fins ara.

Així veiem l'estigmatització que proporciona en les pacients després de l'extirpació del tumor, basant-nos amb diferents tècniques de reconstrucció mamària.

2. MARC CONCEPTUAL

2.1 BIOLOGIA DE LA CÈL·LULA TUMORAL

Les cèl·lules són les subunitats estructurals i funcionals vives més petites del cos. Les cèl·lules humanes tenen una membrana cel·lular, citosol i nucli. Cada estructura cel·lular, desenvolupa una funció específica i vital.⁽⁵⁾

El nucli d'una cèl·lula està envoltat per una membrana nuclear, dintre del nucli es troben el nuclèol i els cromosomes. El nuclèol és una esfera petita formada per àcid desoxiribonucleic (DNA) i proteïna. El nucli és el centre de control de la cèl·lula, ja que conté els cromosomes, els 46 cromosomes d'una cèl·lula estan compostats per DNA i proteïna. El DNA és el codi genètic que defineix les característiques i activitats de la cèl·lula. Les regions específiques del DNA es denominen gens, un gen és el codi d'una proteïna.⁽⁵⁾

El codi genètic del DNA és el codi de les seqüències d'aminoàcids necessaris per sintetitzar les proteïnes d'una cèl·lula. Si el codi DNA conté un error, el procés de síntesi de proteïnes continua, però la proteïna resultant no funciona i aquesta es la base de les malalties genètiques.⁽⁵⁾

Els errors en el DNA adquirits durant la vida s'anomenen mutacions . Una mutació és qualsevol canvi en el codi del DNA. Els rajos ultraviolats o l'exposició a diversos químics poden causar canvis estructurals en el codi DNA. Aquests canvis poden matar les cèl·lules afectades o alterar de manera irreversible la seva funció.⁽⁵⁾

És a dir, les cèl·lules alterades es poden convertir amb una neoplàsia benigna o maligna. Neoplàsia és un terme que combina les paraules gregues *neo*, que significa “nou” i *plasia* que significa “creixement”.

El nou creixement produeix la formació d'una massa anormal i un increment de la mida del teixit. Tot i que no totes les neoplàsies contenen cèl·lules cancerígenes, una cèl·lula neoplàsica produeix un tumor i mostra un creixement cel·lular viu.⁽⁵⁾

Quan aquestes neoplàsies malignes són incapaces de funcionar amb normalitat, però a la vegada són molt actives, és quan té lloc la base d'alguns tipus de càncer, ja que el càncer és una neoplàsia caracteritzada per un creixement incontrolat de cèl·lules anaplàsiques que tendeixen a envair el teixit circumdant i metastatitzar.⁽⁵⁾ Si aquestes cèl·lules, a més de créixer sense control, adquireixen la facultat d'envair teixits i òrgans del voltant (infiltració) i de traslladar-se i proliferar en altres parts de l'organisme, produeix la metàstasi.⁽⁶⁾

2.2 CLASSIFICACIÓ DELS TUMORS:

Els càncers s'identifiquen pel teixit afectat, velocitat de creixement cel·lular i localització. Les neoplàsies que es presenten en les cèl·lules epitelials es denominen carcinomes. El carcinoma és el tipus de càncer més freqüent que inclou cèl·lules de la pell, sistema gastrointestinal i pulmons. Les cèl·lules canceroses que afecten el teixit connectiu, baina que conté els nervis, cartílags, múscul i os, es denominen sarcoma.⁽⁵⁾

Els tumors els podem classificar en dos grups, segons el seu caràcter benigne o maligne:

BENIGNES

La seva estructura recorda a la del teixit d'origen, tenen un creixement expansiu i encapsulat, creixen de manera lenta, amb un baix índex mitòtic. Amb freqüència solen estacionar-se i inclús retrocedeixen. És absents de metàstasi i només es consideren perillosos segons on es localitzen i per les complicacions accidentals que puguessin sortir.⁽⁷⁾

MALIGNES

Presenten una estructura freqüentment atípica, amb un creixement ràpid, infiltrant i expansiu. Tenen un alt índex mitòtic, la detecció del creixement és molt rara, les metàstasis són freqüents i són perillosos intrínsecament per la seva progressió, infiltració i metastatització.⁽⁷⁾

Es poden classificar segons el seu teixit d'origen:

TEIXIT EPITELIAL

Aquests es subdivideixen en dos grups segons la zona que tenen afectada:

Epiteli no glandular: afecta la zona més superficial, on les cèl·lules presenten una zona més regular.⁽⁷⁾

- Benigne: papil·loma.
- Maligne: carcinoma.

Epiteli glandular: quan es veuen afectades les glàndules. Es denomina **adenoma** quan la tumoració és benigna o **adenocarcinoma** quan és maligna.⁽⁷⁾

- Benigne: adenoma.
- Maligne : adenocarcinoma.

TEIXIT DE SUPORT

Sarcoma: són tots aquells tumors localitzats en el teixit de suport i reben diferents noms segons el teixit afectat.⁽⁷⁾

- Si l'afectació està a l'os i és maligna, s'anomena **osteosarcoma** i si és benigna **osteoma**.⁽⁷⁾
- Quan l'afectació és en un cartílag parlarem de **condroma** si és benigna i **condrosarcoma** si és maligna.⁽⁷⁾

TEIXIT EMBRIONARI

Embrionaris: són els que tenen el seu origen en el teixit embrionari. ⁽⁷⁾

- Quan l'origen és a la retina s'anomena **retinoblastoma**.⁽⁷⁾

CLASSIFICACIÓ TNM

El sistema que amb més freqüència es fa servir per a la seva classificació és el TNM. Aquestes sigles fan referència a tres aspectes del càncer:⁽⁶⁾

La T: Es refereix a la grandària del tumor o la infiltració local del mateix.

- Es descriu amb números addicionals del 0 al 4.⁽⁶⁾

La N: Descriu l'afectació dels ganglis limfàtics.⁽⁶⁾

- Es numera de 0 (indica absència d'infiltració ganglionar) a 3 (**N1** si estan afectats d'1 a 3 ganglis, **N2** si estan afectats de 4 a 9 ganglis i **N3** si el nombre és igual o superior a 10 o bé si els ganglis afectats són en la mamària interna o supraclaviculars).⁽⁶⁾

La M: Fa referència a l'afectació o no d'altres òrgans. És numera **0**, en absència de metàstasi, o **1**, amb metàstasi.⁽⁶⁾

- Per poder realitzar aquesta classificació és necessari dur a terme diferents exploracions: examen físic, radiografies de tòrax, mamografies, tomografia axial computeritzada (TAC) de tòrax i abdomen, gammagrafia òssia i, eventualment, ressonància nuclear magnètica d'alguna zona de l'organisme, TAC cerebral, ecografies, etc.⁽⁶⁾

ESTADIS CLÍNICS:

Segons el T, N i M, el càncer de mama s'agrupa en les següents etapes o estadis:

Estadi 0: Són lesions premalignes. També es denomina carcinoma in situ (Tis). Les cèl·lules tumorals estan localitzades exclusivament a la paret dels lobels o dels conductes galactòfors.⁽⁶⁾

Estadi I (T1, N0, M0): La mida del tumor és inferior a dos centímetres. No hi ha afectació de ganglis limfàtics ni metàstasi a distància.⁽⁶⁾

Estadi II: Tumor entre 2 i 5 centímetres, amb o sense afectació de ganglis axil·lars. Es subdivideix en estadi IIA (T0, N1, M0 o T1, N1, M0 o T2 N0 M0) i en estadi IIB (T2, N1, M0 o T3, N0, M0).⁽⁶⁾

Estadi III: El tumor afecta ganglis axil·lars i/o pell i paret toràcica (músculs o costelles). Es subdivideix en estadi IIIA (T0-2, N2, M0 o T3, N1-2, M0), estadi IIIB (T4, N0-2, M0) i estadi IIIC (T0-4, N3, M0).⁽⁶⁾

Estadi IV: El càncer s'ha disseminat, afectant altres òrgans com os o fetge (qualsevol T, qualsevol N, M1).⁽⁶⁾

Aquesta classificació en estadis està molt relacionada amb el pronòstic de la malaltia i la supervivència. Així, el percentatge de supervivència, al cap de 5 anys, és del 100% en l'estadi I i al voltant del 20% a l'estadi IV.⁽⁶⁾

2.3 CÀNCER DE MAMA

La majoria dels càncers de mama són carcinomes, un tipus de càncer que comença en les cèl·lules epitelials que revesteixen els òrgans i els teixits de la mama. De fet, els càncers de mama són sovint adenocarcinomes, que és el carcinoma que comença en el teixit glandular. Altres tipus de càncer també poden tenir lloc en el pit, com els sarcomes, que comencen a les cèl·lules del múscul, greix o teixit connectiu.⁽⁸⁾

En alguns casos, un sol tumor pot ser una combinació de diferents tipus o ser una barreja d'un càncer invasiu. A més, és possible que en alguns tipus d'aquest càncer, les cèl·lules canceroses no formin un tumor.⁽⁸⁾

El càncer de mama també es pot classificar en funció de les proteïnes que es troben sobre la superfície de les cèl·lules canceroses o dins d'elles, en grups com "receptor hormonal positiu" o "triple negatiu".⁽⁸⁾

En funció de la presència de receptors hormonals en la cèl·lula tumoral, així com de la presència o no de la proteïna HER2, es poden classificar en diferents grups o tipus de càncer de mama.⁽⁶⁾

El càncer de mama és el tumor maligne que s'origina en el teixit de la glàndula mamària. Quan les cèl·lules tumorals procedeixen del teixit glandular de la mama i tenen capacitat d'envair els teixits sans del voltant i d'assolir òrgans allunyats i implantar-se en ells, parlem de càncer de mama.⁽⁶⁾

Aquest tumor pot créixer de tres maneres:

- Creixement local: el càncer de mama creix per invasió directa, infiltrant altres estructures veïnes, com la paret toràcica (músculs i ossos) i la pell.⁽⁶⁾
- Disseminació limfàtica: la xarxa de vasos limfàtics que posseeix la mama permet que el drenatge de la limfa s'efectuï a diversos grups ganglionars. Els ganglis situats a l'aixella (axil·lars) són els afectats més freqüentment, seguits dels situats a l'artèria mamària interna (zona central del tòrax) i els ganglis supraclaviculars (a sobre de la clavícula).⁽⁶⁾
- Disseminació hematògena: es realitza a través dels vasos sanguinis preferentment cap als ossos, pulmó, fetge i pell.⁽⁶⁾

2.3.1 CLASSIFICACIÓ PER LA PRESENCIA DE RECEPTORS HORMONALS.

1. Hormonals

Són els tumors amb receptors hormonals positius per estrògens i progesterona, els anomenats també **hormonodependents**. Suposen el 66% de tots els càncers de mama i són més característics de les dones postmenopàusiques. El tractament més idoni és l'hormonoteràpia. S'utilitza la quimioteràpia com una opció terapèutica per a casos i situacions particulars. Són els tumors de millor pronòstic.⁽⁶⁾

2. HER2 positius

La cèl·lula tumoral té la proteïna HER2 sobreexpressada i no conté receptors per a les hormones (estrògens o progesterona). La seva incidència estimada és del 25% dels tumors. A causa de la presència d'una gran quantitat de fàrmacs dirigits contra la proteïna HER2, s'ha millorat molt el pronòstic d'aquestes pacients.⁽⁶⁾

3. Triple negatiu

La cèl·lula tumoral no posseeix receptors per hormones (estrògens o progesterona) ni té sobreexpressió de la proteïna HER2. La seva incidència és molt més reduïda: suposen el 15% aproximadament de tots els càncers de mama. L'única opció terapèutica coneguda fins ara, és la quimioteràpia.⁽⁶⁾

4. Positiu per a tot

La cèl·lula tumoral té receptors positius per hormones (estrògens i / o progesterona) però també sobreexpressa la proteïna HER2. S'estima que suposen un 12% dels càncers de mama. En ells és possible el tractament hormonal així com el tractament contra el HER2, a més de la quimioteràpia.⁽⁶⁾

2.3.2. TIPUS DE CÀNCER DE MAMA

CARCINOMA IN SITU DE MAMA:

El carcinoma in situ de mama engloba a dos grans grups de lesions que tenen com a característica comú la " no invasió estromal", però la seva presentació clínica i el pronòstic son diferents i amb canvis en la implicació terapèutica , per aquest motiu es tracten de manera independent: el carcinoma in situ i el carcinoma ductal i situ o intraductal.⁽⁹⁾

- **El carcinoma ductal in situ (CDIS)**

Ductal carcinoma in situ, CDIS, també conegut com a carcinoma intraductal, és considerat un càncer de mama no invasiu o preinvasiu.⁽⁸⁾

El carcinoma intraductal es defineix com una proliferació de cèl·lules epitelials malignes que creixen a l'interior dels ductes , sense evidència d'invasió a través de la membrana basal. És considerat un precursor directe del carcinoma invasiu. Les cèl·lules malignes proliferen i obstrueixen la llum del conducte i de vegades apareix una inflamació reactiva o una infiltració limfàtica.⁽⁹⁾

El CDIS significa que les cèl·lules que cobreixen els conductes han canviat i llueixen com a cèl·lules canceroses. La diferència entre el CDIS i el càncer invasiu consisteix en

què les cèl·lules no s'han propagat (envaït) a través de les parets dels conductes cap al teixit que envolta la mama. A causa de què no s'ha estès, el DCIS no es pot propagar (fer metàstasi). El DCIS es considera un precàncer perquè en alguns casos es pot convertir en un càncer invasiu.⁽⁸⁾ Es desconeix la proporció de dones amb un DCIS detectat radiològicament que desenvoluparà un carcinoma invasiu al llarg de la seva vida.⁽⁹⁾

La seva presentació clínica és com a un nòdul palpable, amb secreció anòmala en el mugró. Generalment el DCIS es presenta amb microcalcificacions que són diagnosticades amb una mamografia en el 80% dels casos.⁽⁹⁾

- **Carcinoma lobulillarinsitu (CLIS)**

El carcinoma lobular in situ és una lesió no invasiva que es desenvolupa a partir dels lobulets i els ductes terminals de la mama. Representa un descobriment microscòpic casual que no es pot identificar clínicament, ni mitjançant un examen histològic macroscòpic.⁽⁹⁾

Es desconeix la veritable incidència d'aquest tipus en la població general, a causa de l'absència tant de signes clínics com mamogràfics.⁽⁹⁾

El CLIS és considerat un marcador de risc per al desenvolupament del carcinoma infiltrant.⁽⁹⁾

CARCINOMA INVASIU:

- **El carcinoma ductual invasiu o infiltrant (CDI)**

El carcinoma ductal invasiu (CDI), de vegades denominat carcinoma ductal infiltrant, és el tipus més comú de càncer de mama. Al voltant del 65- 80% de tots els casos de càncer de mama són carcinomes ductals invasius.⁽¹⁰⁾

Invasiu significa que el càncer ha "envaït" o s'ha propagat cap als teixits mamaris que l'envolten. Ductal significa que el càncer va començar en els conductes lactis, que són les "canonades" que transporten la llet des dels lobels productors de llet al mugró.⁽¹⁰⁾

Carcinoma ductal invasiu" fa referència al càncer que ha travessat la paret del conducte lacti i ha començat a envair els teixits de la mama. Amb el temps, el carcinoma ductal invasiu pot propagar-se cap als ganglis limfàtics i possiblement a altres àrees del cos.⁽¹⁰⁾

Habitualment el carcinoma ductal invasiu es detecta amb una mamografia. Una característica clau d'un càncer de mama invasiu és la presència de marges espiculats, mal definits. Aquestes projeccions revelen la "invasió" del càncer a altres teixits.⁽¹⁰⁾

- **Carcinoma lobular invasiu o infiltrant**

El carcinoma lobular invasiu comença en les glàndules productores de llet i es pot propagar en altres parts del cos.⁽⁸⁾ Representa del 10 al 14 % de tots els carcinomes infiltrants.⁽¹⁰⁾

La seva presentació clínica i mamogràfica no es precisa, ja que normalment presenta un enduriment de la mama més o menys localitzat. Les seves característiques macroscòpiques són molt variades, pot aparèixer bé com un nòdul ben definit o com un tumor de vores irregulars.⁽¹⁰⁾

Aproximadament 1 de cada 10 dels càncers invasius és un ILC. El carcinoma lobulillar invasiu pot ser més difícil de detectar per mamograma que el carcinoma ductal invasiu.⁽⁸⁾

CARCINOMA INFLAMATORI:

Va ser descrit per primera vegada en 1924 per Lee i Tanenbau. És la forma més agressiva de presentació del càncer de mama.⁽⁹⁾

Està classificat com un tumor T4d. Les seves característiques clíniques i biològiques i la seva evolució, ràpida i progressiva, el diferencien clarament del càncer de mama localment avançat.⁽⁹⁾

Haagensen, al 1956 va definir les característiques clíniques del càncer inflamatori:⁽⁹⁾

- Eritema i edema en la pell (*piel de naranja*).

- Augment del volum de la mama, podent-se palpar o no un nòdul subjacent.
- Augment de la temperatura de la mama.

La majoria de les pacients presenten ganglis limfàtics palpables i un terç de les pacients presenten metàstasi a distància en el moment del diagnòstic.⁽⁹⁾

2.3.3. PROVES DIAGNOSTIQUES:

GALACTOGRAFIA:

La indicació d'explorar un canal ductual es basa en la sospita d'una patologia en el conducte galactòfor. La patologia detectada pot ser èctasi, papil·loma. Quan son únics, tot i ser de mida gran, solen ser benignes; quan n'hi ha múltiples és quan normalment són malignes en el moment del diagnòstic.⁽⁹⁾

Aquesta prova consisteix a introduir contrast en un producte, a través del mugró, i observar la imatge en raigs X per detectar petites masses intraductals. És una tècnica utilitzada en cas de descàrregues hemorràgiques pel mugró.⁽⁸⁾

MAMOGRAFIA:

És la primera exploració radiològica de la mama que s'utilitza per identificar la presència de càncer.⁽¹¹⁾

La sensibilitat de la mamografia depèn del grau de densitat mamogràfic, determinat per la relació entre la proporció del teixit adipós i el teixit fibroglandular, més el conjuntiu de les mames.⁽¹⁰⁾

El teixit adipós és radiotransparent, mentre que els teixits fibroglandular i conjuntiu són radioopacs; en conseqüència, la interacció entre la quantitat de cadascun d'aquests produeix el contrast en la imatge. Aquesta variació denomina el patró mamogràfic.⁽¹⁰⁾

ECOGRAFIA DE MAMA:

Consisteix en l'emissió d'ones sonores inofensives d'alta freqüència que penetren en la mama. Aquestes ones són reflectides i tornen cap al sensor, on, per mig d'una conversió

electrònica, es transforma en una imatge. Aquest tipus d'ecografia ajuda a diferenciar les lesions quístiques sòlides. És especialment útil en pacients amb un massa anormal en la mamografia, per tal de determinar si està o no sòlida.⁽¹¹⁾

PAAF (Punció-aspiració amb agulla fina) guia per imatge:

Es basa en l'obtenció de material citològic, extret per punció amb agulla, per a la valoració pel citopatològic. Els resultats han de correlacionar-se amb els resultats mamogràfics i la clínica de la pacient.⁽⁹⁾

BIÒPSIA AMB TROCAR O DE CILINDRE GUIADA PER IMATGE:

Consisteix en la introducció d'una agulla de calibre entre 18-22G per obtenir teixit de l'interior del tumor mamari. S'introdueix amb la mateixa ajuda que per a una PAAF, és a dir, a mà lliure si el tumor és palpable, o amb ecoguia o estereotaxia si es impalpable, i amb RM quan aquest és l'únic mètode per a localitzar-lo. En funció de per on s'ha d'obtenir l'espècimen de la biòpsia, els trocànters utilitzats són de dos tipus, de finestra lateral i d'entrada per l'extrem.⁽⁹⁾

RESSONÀNCIA MAGNÈTICA:

És una prova de diagnòstic per imatge, no invasiva, que proporciona una informació valuosa sobre la bioquímica corporal mitjançant l'aplicació d'un camp magnètic sobre el cos humà.⁽¹¹⁾

2.3.4. TRACTAMENT

2.3.4.1. RADIOTERÀPIA

La radiació s'utilitza amb freqüència en el tractament del càncer com a finalitat de control i pal·liació, la qual pot ser curativa si la malaltia està localitzada. La decisió de recórrer a la radiació es sol basar en el lloc i mida del càncer.⁽¹²⁾

La radiació destrueix les cèl·lules canceroses ja que afecta l'estructura i ambient cel·lular. S'administra en dosis fraccionades per evitar els efectes secundaris.⁽¹²⁾

Quan un tumor és gran, pot disminuir amb radiació abans de l'operació, la qual cosa permet que la intervenció sigui més efectiva i menys perillosa. La radiació pal·liativa s'utilitza per reduir la mida d'una lesió cancerosa, disminuir la pressió i el dolor.⁽¹²⁾

Els símptomes de reacció dels teixits al tractament de radioteràpia poden tardar de 10 a 14 dies en aparèixer. Les reaccions més típiques són: ⁽¹²⁾

- Fatiga: Promoure que el pacient descansi amb freqüència.
- Nàusees, vòmits: Fomentar que el pacient prengui els fàrmacs prescrits per aquests símptomes. Menjar l'aliment amb poques quantitats.
- Mucositis: Inflamació de la mucosa bucal i faríngia. Aconsellar al pacient que eviti substàncies irritants com el tabac, alcohol, begudes àcides, calentes o molt fredes.
- Xerostomia: Hidratació de la boca contínuament.
- Reaccions cutànies : Protegir la pell, sense utilitzar productes irritants ni roba estret , mantenir la pell seca, no exposar-la al sol.
- Depressió de la medul·la òssia: Aquesta reacció pot aparèixer tant en la radiació com en la quimioteràpia. Es realitzen recomptes cel·lulars setmanals, ja que poden requerir transfusions de sang, plaquetes i hemoderivats.

TIPUS DE RADIOTERÀPIA:

Radiació externa o teleteràpia (tractament a distància):

La pacient es posa enllitada en una camilla a una certa distància de la font de radiació i es exposada a una dosi diària de radiació, de dilluns a divendres. ⁽¹³⁾

Radiació interna, amb implant o braquiteràpia (tractament a curta distància):

Consisteix en la implantació de fonts sellades directament en l'interior del tumor. L'objectiu és administrar una dosi elevada de radiació a un volum petit dels teixits. S'utilitza en aquells casos en què les elevades dosis del tractament no serien tolerades pels teixits que envolten al tumor. L'implant està posat en el tumor de 3 a 5 dies; durant aquest temps la pacient està radioactivada, és a dir, s'ha de tenir molta precaució amb el cuidatge.⁽¹³⁾

Teràpia mitjançant isòtops radioactius

S'utilitza en fonts no segellades. La radiació utilitzada té una vida curta i contamina els líquids corporals.⁽¹³⁾

TIPUS DE RADIOTERÀPIA EN CÀNCER DE MAMA:

Radioteràpia en el tractament conservador de la mama

El tractament conservador és actualment el tractament estàndard del càncer de mama en estadis precoços. La radioteràpia és una part essencial del tractament del càncer de mama després de la cirurgia conservadora, també està indicada en molts casos després de la realització de la mastectomia, així com en tractaments pal·liatius.⁽⁹⁾

En diferents estudis s'ha valorat la possibilitat de retirar la radioteràpia com a part del tractament després d'una cirurgia conservadora, sobretot en dones grans; però en tots ells s'ha trobat un benefici significatiu respecte al control local.⁽⁹⁾

En el tractament conservador del càncer de mama aquesta tècnica cobreix tot el volum de la mama afectada. Les cadenes ganglionars de la fosa supraclavicular i axil·lar s'inclouran en el volum de tractament.⁽⁹⁾

Actualment, el tractament radiològic es realitza mitjançant una TAC (tomografia axial computeritzada) que ens permet una millor delimitació de la paret toràcica, la superfície cutània i els òrgans de risc (cor i pulmons). El volum a irradiar s'aconsegueix en diferents dispositius (matalassos de buit, cunes alfa) i s'administrarà el tractament de manera idèntica a com es va planificar.⁽⁹⁾

Radioteràpia postmastectomia

La radioteràpia en el càncer de mama precoç té com objectiu disminuir les recidives locals o regionals i tractar la malaltia microscòpica residual que ha pogut quedar de la intervenció quirúrgica.⁽⁹⁾

Les tècniques de radioteràpia postmastectomia són similars a la radioteràpia en el tractament preservador de la mama; el volum que s'irradiarà ha d'incloure la paret

costal, els ganglis del vèrtex axil·lar i la fosa sura clavicular. La dosi és de 45 a 50cGy administrada en 25 a 28 fraccions durant 5 setmanes de tractament.⁽¹⁰⁾

Radioteràpia en reconstrucció mamària o amb implants mamaris

Tenint en compte les diferents tècniques de reconstrucció mamària, tardana o immediata, l'ús de la radioteràpia tindrà diferents aplicacions i resultats. S'ha demostrat que la irradiació de la mama amb cirurgia d'augment o amb reconstrucció és ben tolerada.⁽¹⁰⁾

Cuidant la tècnica de la radioteràpia, amb dosis de 4.500 a 5.000 cGy amb fraccionament de 180cGy al dia, i esperant una bona cicatrització per iniciar el tractament, es pot utilitzar de manera eficaç i amb un bon resultat.⁽¹⁰⁾

Radioteràpia en càncer de mama localment avançat

Aquest càncer correspon generalment a tumors primaris grans (>5cm) associats a l'afectació de la pell, paret toràcica, ganglis axil·lars, costelles, ulceració de la pell de la mama, nòduls.⁽¹⁰⁾

Amb aquest tipus de càncer, s'han de dividir les pacients entre les que en un inici van a un procediment quirúrgic, el qual generalment és una mastectomia radical, i aquelles que per compromís local, excloent una intervenció quirúrgica, van a procediments inicials tipus neoadjuvants com la quimioteràpia. ⁽¹⁰⁾

- Postamastectomia radical:

El tractament posterior a la mastectomia té indicacions precises. S'ha d'administrar radioteràpia en aquelles pacients amb tumors t3, majors de 4cm amb més de tres o quatre ganglis positius. Els beneficis d'aquest tipus de radioteràpia es tradueixen en un major control local de la malaltia, una disminució de les recaigudes, redueix la possibilitat de produir metàstasi a distància i influeix a augmentar la supervivència.⁽¹⁰⁾

- Posneo-adjuvant:

És en aquells casos en què la cirurgia, com a primer pas de tractament, no és factible. S'han desenvolupat tractaments neoajuvants, com la quimioteràpia o la combinació de radioteràpia amb quimioteràpia, els quals produeixen una disminució del tumor local que farà possible una millor intervenció quirúrgica futura.⁽¹⁰⁾

2.3.4.2. QUIMIOTERÀPIA

La quimioteràpia és un tractament químic que utilitza medicaments citotòxics per tractar el càncer. Els fàrmacs citotòxics poden curar, controlar o pal·liar els tumors cancerosos i es descriuen segons la manera en què afecta l'activitat cel·lular.⁽⁵⁾

La quimioteràpia juga un paper important en el càncer de mama en tres situacions diferents: com a tractament previ a la cirurgia (quimioteràpia neoadjuvant), com a tractament complementari a la cirurgia (quimioteràpia adjuvant) i en situació de malaltia metastàtica.⁽⁹⁾

QUIMIOTERÀPIA NEOADJUVANT:

La teràpia neoadjuvant és com la teràpia adjuvant però amb la diferència que els tractaments comencen abans de la cirurgia. En termes de supervivència i del retorn del càncer, no hi ha diferència entre administrar quimioteràpia abans o després de la cirurgia. No obstant això, la quimioteràpia neoadjuvant ocasiona dos beneficis: primer, podria reduir la mida del tumor perquè es pugui extirpar mitjançant una cirurgia menys extensa.⁽⁸⁾

Per aquest motiu, la quimioteràpia neoadjuvant s'empra sovint per tractar els càncers que són massa grans per ser extrets quirúrgicament al moment del diagnòstic (localment avançats). Segon, a l'administrar quimioteràpia abans d'extreure el tumor, es pot avaluar millor com respon el càncer.⁽⁸⁾

QUIMIOTERÀPIA ADJUVANT:

La utilització del tractament adjuvant en càncer de mama, està indicat en la malaltia sistèmica i la possible presència de micrometàstasis en les fases inicials del tumor. La quimioteràpia adjuvant té com a objectiu l'eradicació d'aquestes micrometàstasis no presents clínicament i que, després d'un període de latència, poden ocasionar una recaiguda de la malaltia i mort de la pacient.⁽⁹⁾

S'ha de ser conscient que el caràcter indiscriminat del tractament implica que, com a molt, es tractin pacients que no ho precisen i, també, que hi hagi pacients que tot i el tractament, recaiguin. La dificultat està en seleccionar les pacients que es beneficiaran més. Per poder prendre aquesta decisió són importants dos conceptes:⁽⁹⁾

- **Factor pronòstic:** Ens permet predir el risc de recaiguda, independentment del tractament i depenent dels factors biològics del tumor. Els principals factors són: l'estat dels ganglis axil·lars i la mida del tumor, existència d'invasió vascular o limfàtica i l'estat del receptor hormonal.⁽⁹⁾
- **Factor predictiu de resposta:** Són els factors que determinen la resposta a un tractament, com ara l'expressió dels receptors hormonals i la sobreexposició del HER-2. El HER-2 és una proteïna que forma part dels receptors de membrana del factor de creixement epidèrmic. La seva activació causa la transcripció dels gens implicats en els processos de proliferació, supervivència i diferenciació cel·lular.⁽⁹⁾

QUIMIOTERÀPIA EN CÀNCER DE MAMA METASTÀTIC:

El tractament del càncer de mama metastàtic té com a objectiu principal aconseguir una millora simptomàtica dels pacients, amb una millora de la qualitat de vida, però també augmentar la supervivència. En les pacients amb absència de símptomes, l'administració de la quimioteràpia pot endarrerir la seva aparició.⁽⁹⁾

Possibles efectes secundaris:

Els fàrmacs de quimioteràpia ataquen les cèl·lules que estan en la ràpida divisió cel·lular, és per aquesta raó que funcionen contra les cèl·lules canceroses. No obstant

això, les altres cèl·lules de l'organisme, com les de la medul·la òssia, el revestiment de la boca i els intestins, així com els fol·licles pilosos, també es divideixen ràpidament.⁽⁸⁾

Aquestes cèl·lules són més propenses a veure's afectades per la quimioteràpia, la qual cosa ocasiona els efectes secundaris.⁽⁸⁾

Els efectes secundaris de la quimioteràpia depenen del tipus de fàrmacs, de la quantitat administrada i de la durada del tractament. Alguns dels possibles efectes secundaris més comuns són:⁽⁸⁾

- Caiguda dels cabells i canvis en les ungles.
- Úlceres a la boca.
- Pèrdua o augment de gana.
- Nàusees i vòmits.
- Baixos recomptes sanguinis.

La quimioteràpia pot afectar les cèl·lules productores de sang de la medul·la òssia, la qual pot causar:⁽⁸⁾

- Augment de la probabilitat d'infeccions (a causa dels baixos nivells de glòbuls blancs).
- Tendència a presentar blaus o sagnats fàcilment (a causa de baixos nivells de plaquetes).
- Cansament (a causa de baixos nivells de glòbuls vermells).

2.3.4.3. CIRURGIA:

A meitat del segle XX Chales Moore, cirurgià alemany, van assenyalar que “la curació del càncer de mama requereix l'extirpació sencera del òrgan”; en canvi, Pancoast propugnava la ruptura de la mama i dels ganglis en contigüitat.⁽⁹⁾

S'obren les portes a la cirurgia radical quan Halsted publica en 1894 que s'han donat 50 casos de “operacions completes extirpant en bloc la mama amb el múscul pectoral major i els ganglis axil·lars”. Després d'aquesta descripció, Willie Meyer postula la inclusió del múscul pectoral menor en la intervenció.⁽⁹⁾

Posteriorment la intervenció Halsted-Meyer passa a ser reconeguda com la clàssica mastectomia radical de Halsted, aquest tractament quirúrgic del càncer consistia en l'extirpació del tumor, dels òrgans afectats, de les cadenes ganglionars de drenatge limfàtic i del teixit conjuntiu intermig en el qual es troben els canalículs limfàtics connectant l'òrgan afectat amb els ganglis.⁽⁹⁾

Aquesta ha estat i és la base del tractament dels càncers localitzats. El tipus de cirurgia dependrà del tipus de tumor, la seva localització i la seva expansió.⁽¹⁴⁾

Fins fa poc, el tractament escollit en aquest tipus de càncer era la mastectomia radical. Actualment s'utilitza una cirurgia més conservadora, combinada amb quimioteràpia, teràpia hormonal o radioteràpia, en funció de l'estadi del tumor i l'edat de la pacient.⁽¹⁴⁾

La cirurgia es realitzarà sempre que el tumor estigui localitzat o poc extens i els òrgans afectats es puguin extirpar sense cap perill per al pacient. En la cirurgia resulta imprescindible realitzar una biòpsia intraoperatoria, per aquest motiu és important tenir un marge d'espai ampli i lliure de tumors.⁽¹⁴⁾

En el cas de la mama, quan aquesta part del cos té un risc elevat de generar càncer, es tenen en consideració diferents factors, com els antecedents familiars, presència o falta de símptomes, els riscos i els beneficis. Com que la mama no es considera un òrgan imprescindible per a la vida de la pacient, la millor tècnica és la mastectomia, també anomenada cirurgia profilàctica, que consisteix en l'extirpació completa de la mama afectada, els músculs toràcics subjacents i els ganglis limfàtics de les aixelles (aquest últim també s'anomena limfadenectomia regional).⁽¹⁵⁾

TIPUS DE MASTECTOMIES:

- **La simple:** consisteix en l'extirpació completa de la mama.⁽¹⁶⁾
- **La segmentaria o tumorectomia:** s'extirpa el tumor i el marge del teixit mamari que l'envolta.⁽¹⁶⁾
- **Mastectomia radical de Halsted:** inclou l'extirpació del múscul pectoral major, juntament amb la mama i els ganglis logoregionals axil·lars. Poc després es postura la incisió del múscul pectoral menor.⁽⁹⁾

- **Supraradical:** A meitat del segle XX, les xifres de càncer de mama eren elevades i bona part d'aquests tumors es diagnosticaven en estadis locals avançats. Van sorgir autors com Taylor y Wallace, que en determinats casos consideraven la cirurgia radical insuficient i van propugnar engrandir-la. Quan existia metastàsis axil·lar, proposaven afegir una dissecció dels ganglis supraclaviculars, la qual cosa suposava una secció de la clavícula ipsilateral.⁽⁹⁾
- **La radical modificada:** Aquesta nova tècnica es va crear per tal de disminuir l'amplitud de la cirurgia i el seu important defecte funcional i estètic, s'extirpa el teixit mamari i els ganglis limfàtics axil·lars, deixant intactes els músculs de la paret toràcica.⁽¹⁶⁾

Es realitza la dissecció dels ganglis axil·lars en tots els carcinomes de mama invasiu, per graduar el tumor. Atès que aquesta operació pot provocar limfedema (l'acumulació de líquid en els teixits blans del braç, a causa de l'extirpació dels canals limfàtics), lesions nervioses i adherències i per la importància dels ganglis limfàtics en la funció immune, s'estan aplicant nous mètodes no quirúrgics per comprovar l'afectació nodular.⁽¹⁶⁾

Es realitza la biòpsia del nòdul limfàtic centinela; és a dir, del primer nòdul limfàtic que rep la limfa del tumor, on s'administra una substància de contrast radioactiu en la regió del tumor. El contrast és transportat des del primer centinela i per tant és el primer nòdul en contenir cèl·lules cancerígenes si existeix la metastasi. En cas que aquest nòdul fos positiu, s'haurien d'extirpar més ganglis. La cirurgia és utilitzada tant en el diagnòstic com en les recaigudes.⁽¹⁶⁾

En l'actualitat, la realització d'aquesta biòpsia forma part dels protocols terapèutics del càncer de mama en molts centres hospitalaris.⁽⁹⁾

Per últim, cal dir que el futur del retrocés en l'amplitud quirúrgica per al tractament d'aquest tipus de càncer podrà venir dels resultats de la quimioteràpia neoadvujant, amb la qual s'estan aconseguint resultats de remissió completa no menyspreables i que podria modificar algunes indicacions quirúrgiques.⁽⁹⁾

L'únic diagnòstic de certesa del càncer és l'anatomopatològic, cap tractament quirúrgic, radioteràpic o quimioteràpic s'ha d'iniciar sense la confirmació de la biòpsia.⁽¹⁴⁾

Els cuidatges del pacient abans de realitzar la cirurgia són els habituals en qualsevol intervenció quirúrgica; però en especial, als pacients oncològics, se'ls ha de reforçar el suport emocional i l'observació dels mecanismes d'adaptació del pacient i familiars en aquesta nova situació.⁽¹⁴⁾

En els processos postoperatoris s'han de tenir molt en compte les possibles complicacions, com són les infeccions, el retard en la cicatrització de les ferides quirúrgiques, tromboflebitis i disfunció orgànica.⁽¹⁴⁾

RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA O CIRURGIA RECONSTRUCTIVA:

En les últimes dècades, amb els canvis en el tractament de càncer de mama, la reconstrucció mamària passa a ocupar un lloc fonamental en la teràpia de la malaltia.⁽¹⁰⁾

La reconstrucció mamària retorna a les pacients el sentiment d'integritat corporal,⁽¹⁶⁾ un benefici psicològic que produeix la conservació de l'estructura corporal.⁽¹⁰⁾ Aquesta tècnica es pot realitzar en qualsevol moment de la mastectomia o després d'aquesta.⁽¹⁶⁾

Fins a 1977 els implants únicament eren utilitzats per a la reconstrucció mamària. Posteriorment, s'afegeixen els expanders tissulars introduïts per Rodovan en 1982 i les diferents tècniques amb teixits autògens.⁽¹⁰⁾

En una segona etapa, es va prioritzar el refinament estètic i la disminució de la morbiditat en els procediments; va ser en aquesta etapa quan es van publicar les experiències amb expanders anatòmics texturats transitoris i definitius, els penjolls lliures microquirúrgics i, fonamentalment, les tècniques de conservació de pell, les quals, associades a la reconstrucció immediata, són les que tenen els millors resultats estètics en l'actualitat.⁽¹⁰⁾

En relació a la mastectomia, amb el temps, la cirurgia reconstructiva va anant ocupant un lloc fonamental en la teràpia del càncer de mama, inicialment amb les reconstruccions mamàries diferides, quan es pensava que es devia esperar un temps

prudencial per assegurar-se el control oncològic de la malaltia i, posteriorment, amb les reconstruccions immediates, quan es va demostrar que aquests procediments eren segurs, no només des del punt de visita oncològic, sinó que no incrementava l'índex de complicacions i produïen un marcador beneficiós psicològic. Això va obligar els cirurgians a perfeccionar els resultats, amb l'avantatge de poder dissenyar la reconstrucció al mateix temps de la mastectomia.⁽¹⁰⁾

Les dones universitàries de classe social mitja-alta i alta no es reconstrueixen la mama, negocien d'una altra manera les seves relacions de parella. En canvi les dones universitàries de classe social mitja i les dones de 40 anys amb estudis primaris, es reconstrueixen la mama.⁽¹⁶⁾

Cirurgia oncoplastica:

Aquesta denominació la va utilitzar per primera vegada WemerAudretsch, l'any 1994, per a incloure els procediments de reconstrucció immediata dels defectes secundaris a mastectomies totals o parcials.

Posteriorment va ser refinat per John Bostwick II amb "reconstrucció immediata tumor específica" (TSIR).⁽¹⁰⁾

Aquest procediment assoleix la reconstrucció mamària, posmastectomia immediata, amb i sense conservació de pell i la diferida, la reconstrucció posquirurgica conservadora immediata i diferida i la reconstrucció dels defectes de la paret toràcica secundària al càncer de mama localment avançat.⁽¹⁰⁾

TÈCNiques DE RECONSTRUCCIÓ MAMARIA:

El plantejament tècnic reconstructiu depèn de diferents factors: el tipus de mastectomia realitzada, la indicació de radioteràpia, l'afectació ganglionar axil·lar, els procediments previs, l'anatomia de la pacient, el seu grau d'activitat i el seu estat general.⁽⁹⁾

- **RMD:**

La reconstrucció mamària diferida es realitza de forma programada, setmanes o mesos després de la mastectomia. La dissecció que requereix és més limitada i la viabilitat dels penjalls cutanis està ben definida després de la cicatrització de la mastectomia.⁽⁹⁾

Els inconvenients d'aquesta reconstrucció inclouen un menor control per part del cirurgià plàstic en el moment de la mastectomia, pel que fa a la preparació del procés reconstructiu i en el període de deformatats, postmastectomia per a la pacient, amb alteracions de la seva imatge corporal.⁽⁹⁾

En els estadis II, amb alta possibilitat de radioteràpia posterior i en l'estadi III és preferible diferir la reconstrucció mamària per evitar els possibles efectes adversos de la radioteràpia sobre la reconstrucció immediata.⁽⁹⁾

Anys enrere virtualment totes les reconstruccions eren diferides, ja que es creia que comprometien l'execució dels tractaments adjuvants i feien més difícils el seguiment oncològic i inclusiu, la qual cosa podria influir negativament en el curs de la malaltia. Actualment, aquests arguments, després d'aquest anàlisi, són considerats invàlids, de manera que la reconstrucció immediata és un procediment segur que afavoreix la recuperació psicològica del pacient, facilita i millora el resultat de la reconstrucció sense incrementar les complicacions.⁽⁹⁾

Trabulsky va publicar en 1994 un estudi interessant de diferents centres d'Estats Units sobre 455 reconstruccions mamàries immediates i diferides, realitzades entre 1979 i 1991. Analitza els procediments utilitzats, el moment de la reconstrucció i les complicacions, arribant a la conclusió de què no hi havia diferències en relació amb les complicacions entre tots dos grups i que la reconstrucció mamària immediata (RMI), amb el temps, va produir un increment important en relació amb la reconstrucció mamària diferida (RMD).⁽¹⁰⁾

Segons l'institut Àngel h. Roffo l'índex de RMI és d'un 63% i va augmentant amb el temps. No van observar diferències estadísticament significatives entre complicacions d'aquestes dos tècniques, independentment del mètode reconstructiu utilitzat.⁽¹⁰⁾

- **RMI:**

La reconstrucció mamària immediata aprofita el temps quirúrgic de la mastectomia per després reconstruir la mama, i conserva al màxim l'envoltura cutània i la musculatura.⁽⁹⁾

Els avantatges d'aquesta tècnica inclouen una menor alteració de la imatge corporal de la dona, amb resultats estètics, a priori superiors, quan es treballa amb teixit no cicatricials i amb referències anatòmiques sense alterar, com pot ser el solc submamari. El nombre d'intervencions necessàries és realment menor i la reconstrucció es pot considerar segura des del punt de vista oncològic, ja que no retarda l'inici de la quimioteràpia ni afecta el diagnòstic de les recidives locals.⁽⁹⁾

Encara que existeix un increment amb el risc de complicacions locals, com necrosis cutània, hemorràgia i infeccions si es realitza una reconstrucció immediata, en comparació amb una reconstrucció diferida.⁽⁹⁾

Aquesta reconstrucció està indicada en els estadis precoços (I i II) de la malaltia; ja que presenta una baixa probabilitat de rebre radioteràpia posterior amb tractaments adjuvants.⁽⁹⁾

Segons l'estudi realitzat per Martínez Cañavate, M.D. ens confirma que no totes les dones són candidates a una reconstrucció immediata. Això depèn de factors individuals com edat, constitució, patologies.⁽¹⁸⁾

- **Reconstrucció mamària integral**

És una nova tècnica de reconstrucció mamària immediata, es basa en l'obtenció endoscòpica del múscul Dorsal Ample. Sobre el múscul Dorsal ample es dissenya una petita illa de pell de 3 cm de diàmetre. La petita illa de pell servirà per reconstruir el complex arèola mugró.⁽¹⁹⁾

L'obtenció endoscòpica permet minimitzar les cicatrius a la zona donant, fent-les pràcticament imperceptibles.⁽¹⁹⁾

L'abordatge del càncer es realitza a través de l'arèola preservant la pell de la mama. Un cop s'ha realitzat la mastectomia, el volum de la mama és substituït per una pròtesi mamària. El múscul Dorsal ample obtingut per endoscòpia actua de sostenidor intern,

envoltant la pròtesi i atorgant un resultat més confortable. D'aquesta manera s'evita que la pròtesi quedi immediatament sota la pell, com passa quan la reconstrucció es realitza amb expansors.

La petita illa de pell adherida al múscul dorsal permetrà la reconstrucció del complex arèola mugró.⁽¹⁹⁾

Principals avantatges respecte tècniques clàssiques:⁽¹⁹⁾

- La cicatriu a l'esquena queda minimitzada 3-5 cm.
- El complex arèola mugró es reconstrueix in situ.
- Resultat estètic immediat.
- El múscul evita que la pròtesi quedi allotjada immediatament sobre la pell.
- Resultat més confortable.
- Major tolerància als efectes secundaris de la radioteràpia.

- **Reconstrucció mamària autògena:**

Es basa en transferir teixit de la mateixa pacient, fins la regió mastectomitzada per a crear una nova mama. El teixit ideal per aquesta reconstrucció és el teixit adipós amb o sense pell, amb l'absència de musculatura o d'implants sintètics. Aquesta tècnica permet tant la reconstrucció total de la mama, després de la mastectomia, com la reconstrucció parcial, post turmorectomia o quadrantectomies. Les zones amb més freqüència són el teixit adipós del gluti, de l'abdomen i la regió dorsal.⁽⁹⁾

Penjoll TRAM pediculat:

Aquesta tècnica aporta una forma i textura excel·lent de la mama reconstruïda, amb escasses complicacions abdominals.⁽⁹⁾

Es transfereix una solapa de pell, múscul i grassa del recte transversal abdominal o el dorsal ample, fins al lloc on s'ha realitzat la mastectomia, també anomenat TRAM.⁽¹⁶⁾

L'obesitat, el tabaquisme, la radioteràpia i la presència de cicatrius abdominals constitueixen els quatre factors de risc determinants de l'evolució del penjoll TRAM

pediculat. Les complicacions potencials inclouen la necrosis cutània, la necrosis grassa, la pèrdua de penjoll i l'emaciació abdominal.⁽¹⁶⁾

Penjoll DIEP:

En aquesta cirurgia s'agafa pell i greix de l'abdomen, juntament amb una artèria i una vena que la irriguen, s'extreu del cos i es trasplanta a la mateixa pacient a la zona mamària a reconstruir.⁽¹⁹⁾

L'artèria i vena que nodreixen aquests teixits (artèria i vena epigàstrica inferior profunda) s'uneixen, amb l'ajuda d'un microscopi, a l'artèria i vena mamària interna, en la zona lateral de l'estèrnum, a l'espai intercostal, de manera que el teixit trasplantat (penjoll DIEP) recupera la seva irrigació.⁽¹⁹⁾

La pell, greix i vasos s'extreuen sense danyar els músculs de la paret abdominal (evitant hèrnies, eventracions, bonys i debilitats de la paret abdominal) i, a més, és menys dolorós que les tècniques tradicionals.⁽¹⁹⁾

La reconstrucció mamària amb penjoll DIEP és l'evolució de la intervenció coneguda com TRAM, en la qual es pren també pell i greix de l'abdomen, però sacrificant total o parcialment el múscul recte abdominal, que actua com a proveïdor de la irrigació d'aquesta pell i greix. El TRAM deixa com a seqüela una debilitat en la paret abdominal, i amb risc d'hèrnies, eventració, o bonys. És una intervenció molt dolorosa i en molts casos obliga utilitzar malles sintètiques per reforçar la paret abdominal i assumint les potencials complicacions i el cost derivat de l'ús d'aquestes.⁽¹⁶⁾

- **Reconstrucció mamària protésica:**

Constitueix en un mètode fiable de reconstrucció mamària, que aconsegueix resultats estèticament adequats, amb bona tolerància. Els avantatges inclouen la relativa simplicitat del procediment, en temps quirúrgic curt, i la utilització de teixit adjacent a la deformitat, similars en color, textura i sensibilitat. Així mateix, s'evita la morbiditat d'altres zones donants i permet una ràpida recuperació postoperatòria, amb una escassa morbiditat.⁽⁹⁾

Hi ha diferents procediments per a realitzar la reconstrucció de la mama. Un d'aquest és la col·locació d'un implant mamari baix del múscul pectoral, encara que hi ha certes

controvèrsies sobre els efectes de la silicona en la salut, ja que aquests estan associats a enduriments i dolor causat per la contracció de la càpsula que envolta l'implant. A més, l'implant es pot trencar i això implica que sigui alliberat el gel i que puguin aparèixer infeccions. Com alternativa als implants de gel tenim els implants de solució salina.⁽¹⁶⁾

Aquesta reconstrucció està indicada en pacients no candidates a radioteràpia, amb uns bons penjolls cutanis després de la mastectomia i una bona cobertura muscular, amb detecció de gens predisponents i indicacions de mastectomia profilàctica i reconstrucció bilateral.⁽⁹⁾

S'utilitzen implants de silicona i inclouen tant expandors tissulars com pròtesis anatòmiques definitives, així com pròtesis mixtes que compleixen les dues funcions.⁽⁹⁾

El procés reconstructor es realitza generalment en dos temps quirúrgics: el primer, consisteix en la col·locació d'un expansor, i el segon reemplaça el expansor després d'un procés ambulatori d'expansió tissular, amb implant de la pròtesis definitiva.⁽⁹⁾

2.4. COMUNICACIÓ DE LA MALALTIA:

En la nostra cultura es tenen en compte els drets de la pacient de no saber el que té, la família, la personalitat del pacient i els seus recursos emocionals.⁽¹⁹⁾

La informació sobre el diagnòstic és de vital importància de cara a tot el que vindrà després. Proporciona els següents beneficis:⁽¹⁹⁾

- Millor nivell de comunicació amb el metge.
- Millor compressió de les explicacions que rep.
- Major satisfacció en la relació amb el metge.
- Major confiança amb el tractament rebut.

Per tant, es recomana la comunicació del diagnòstic a la pacient. Hem de valorar el seu estat anímic, la seva personalitat i intentar calibrar el grau d'informació que és capaç d'assimilar. Per tot això, és important tenir en compte la família i demanar la seva col·laboració, intentar fer reflexionar sobre els seus desitjos de no informar la pacient

perquè el fet que es produeixi una conspiració de silenci, no beneficia ni a la pacient ni a l'evolució de la seva malaltia.⁽¹⁹⁾

Com comunicar la malaltia:

És important la sinceritat i la qualitat humana del metge. S'ha de saber gestionar la veritat per poder-la fer una mica més suportable.⁽¹²⁾

La informació s'ha d'aportar: ⁽¹²⁾

- De forma gradual, a mesura que vagi preguntant, així es respecta el dret de la pacient de no saber.
- Intentar preparar d'alguna manera la pacient pel que pot arribar a sentir.
- De forma congruent, comprensible i completa.
- Utilitzant un llenguatge comprensible per la pacient, intentant suavitzar la càrrega d'ansietat o les connotacions negatives.
- Intentar fer-la compatible amb l'esperança, però no mentir.

L'esperança és l'aliment del qual es nodreix l'ànim del pacient oncològic. L'esperança passa per diferents fases al llarg de l'evolució en la malaltia. Al principi, és centra en la possibilitat que el diagnòstic sigui erroni. Un cop confirmat, l'esperança es centra en la curació, en la prolongació de la vida, en l'aparició d'un nou tractament, en l'èxit d'un nou intent terapèutic, en que passi algun imprevist i en posar a prova les prediccions de pronòstic. La pèrdua de tota esperança anuncia l'abandonament de la lluita, la depressió i la mort. Inclús en la fase final, es manté l'esperança per mantenir-se lliure de dolor, de ser el menys dependent possible i de tenir una mort sense sofriment. Aquest nutrient bàsic forma un feed-back amb el pacient, la família i l'equip terapèutic. ⁽¹²⁾

FASES D'ACCEPTACIÓ: Model Kübler-Ross

La forma de ser, és a dir, la personalitat de cada pacient, farà aquest procés d'acceptació més o menys llarg, més o menys tortuós i difícil, tant per al pacient com per a tots els que l'envolten.⁽¹²⁾

Les persones perceben i avaluen els símptomes de manera diferent i es comporten en front d'aquests símptomes de forma diferent, suggerint una teoria de canals alternatius apresos per poder respondre davant les situacions d'estrès, entre elles la malaltia.⁽²⁰⁾ La pacient s'ha d'enfrontar al diagnòstic, pronòstic, evolució, possibles símptomes, a l'experiència de tractaments curatius o pal·liatius i al sofriment d'aquest. El funcionament familiar també influeix de forma notable.⁽¹⁹⁾

Independentment de la personalitat de cadascú, es passen per diferents fases per arribar a l'acceptació d'aquesta malaltia.

- **Negació:**

Es caracteritza perquè la pacient experimenta una sensació d'incredulitat quan se li comunicat el diagnòstic i el pronòstic conseqüent. Aquesta reacció implica una commoció inicial davant la notícia, i habitualment genera la resposta de negació davant l'evidència. El mecanisme de negació permet en un primer moment donar un respir a la persona malalta, i possibilita més endavant la recerca d'altres mecanismes psicològics per enfrontar-se a la realitat. Aquesta fase sol ser d'escassa durada.⁽²⁰⁾

És considerat un mecanisme de defensa que consisteix en rebutjar una realitat desagradable.⁽¹⁹⁾ És un mecanisme útil que permet al pacient establir una distància emocional temporal d'una situació massa dolorosa per a considerar-la per completa.⁽¹⁵⁾

Pot ser adaptativa, en aquest cas no hi ha ruptura amb la realitat, però s'intenta minimitzar i llevar importància. O bé pot ser patològica. En aquest cas, la negació és el que més embolica a determinades famílies, sobretot d'alt poder socioeconòmic, suposant de vegades duplicitat d'opinions i retard en la instauració de tractaments que podrien ser de vital importància.⁽¹⁵⁾

És una estratègia per a conservar relacions personals importants, per a protegir a altres dels efectes emocionals de la malaltia o per a protegir-se a un mateix de l'abandonament.⁽¹⁵⁾

La sospita i la por poden ajudar al pacient a deixar de assistir a les visites, a no reconèixer resultats, provocant així un retràs de tot el procés, limitant les possibilitats de tractament i condicionant el pronòstic.⁽¹⁵⁾

- **Desesperació:** Per que jo?

Ira, irritabilitat, auto i heteroinculpabilitat. Tot és molest, tot està mal fet i mal organitzat, encara que tot es faci de forma correcta. La pacient comença a apreciar com la seva vida es desvia del camí esperat i a donar-se compte de allò inevitable. Aquí s'uneix el desànim i la tristesa.⁽¹⁵⁾

Aquesta fase es caracteritza per la presència d'enuig o d'ira amb l'entorn; la pacient es rebel·la davant la situació que està vivint, davant la injustícia que amb ella s'ha produït. I experimenta una gran perturbació emocional, responent amb ira cap als altres: familiars, metges i equip assistencial.⁽²⁰⁾

Pot presentar conductes reivindicatives, exigint mesures que eradiquin la malaltia. També pot presenta una conducta d'oposició davant les diferents intervencions.⁽²⁰⁾

- **Pacte:**

Està marcada pels esforços que desplega la pacient per aconseguir pactes o negociacions que li permetin continuar vivint. Les negociacions solen dirigir-se a tots els elements de l'entorn i fins i tot es pot recórrer en pla espiritual, a un pacte amb Déu. La malalta pot plantejar objectius immediats i es compromet a complir certs requisits per tal d'aconseguir ajornar el desenllaç.⁽²⁰⁾

- **Depressió:**

La malaltia avança i el deteriorament de la pacient es fa més evident. La malalta pot reaccionar abandonant la lluita i deixant-se portar, apareixent-li sentiments de pèrdua i desesperança.

La simptomatologia depressiva es fa palesa en aquesta fase.⁽²⁰⁾

- **Acceptació i lluita:**

Aquesta fase es caracteritza per la plena acceptació de la realitat i no només per la resignació passiva.⁽²⁰⁾

La consciència que té la malalta i els seus familiars sobre el pronòstic, és un factor clau per aquesta fase.⁽¹⁵⁾ Per poder començar a col·laborar amb el tractament, consultes, deixa de lluitar contra ella mateixa i contra els altres.

L'afrontament són els esforços cognitius i de comportament que es realitzen per a dominar, tolerar o reduir demandes internes o externes i els conflictes entre elles.⁽¹²⁾

TRASTORNS ADAPTATIUS:

Tota malaltia crònica va acompanyada d'alteracions psicològiques importants que s'han de tenir en compte a l'hora de relacionar-se amb la malalta des d'un punt de vista professional. Amb el pacient oncològic aquestes alteracions estan directament relacionades amb els diferents tipus de tractaments que se li aplicaran al llarg de la seva malaltia.⁽¹¹⁾

L'adaptació psicològica a la malaltia es veu influïda per diferents factors: en relació a la malaltia (localització i tipus de tumor, símptomes, curs de la malaltia, necessitats de canviar d'estil de vida i tractament d'aquesta), factors que depenen de la pacient (personalitat, creences culturals o espirituals i vivències prèvies) i factors socio-familiars (funcionament familiar, rol que el pacient exerceix amb la família, situació econòmica i possible estigma de la malaltia).⁽¹¹⁾

Segons l'estudi realitzat per Blanco-Sanchez, aproximadament un 30% de les dones pateixen problemes psicològics, entre els quals s'han d'esmentar: sentiments de mutilació i alteracions de la imatge corporal, disminució de l'autoestima, pèrdua de sensació de feminitat, disminució de l'atractiu i funció sexual, ansietat, depressió, indefensió, culpa, por a la recurrència i a l'abandonament.⁽¹⁷⁾

En la nostra societat, els pits són considerats uns dels principals pilars de la imatge femenina. Per tant, en l'extirpació de la mama hi ha un canvi en la imatge corporal de la dona, que pot provocar una disminució de l'autoestima, generant sentiments de inseguretat. Citat per Maria de Lima C.⁽¹⁷⁾

La mutilació a causa del càncer de mama desperta en la població un gran nombre de reaccions psicològiques de fort impacte emocional. El caràcter sembla ser molt important a l'hora d'estudiar les actituds i determinar una forma de reaccions enfront la malaltia; sembla ser que les dones amb un caràcter "masculí" és possible que no tinguin reaccions psicològiques intenses en la mesura en què no es veuen privades de la seva "feminitat" per la pèrdua de la mama.⁽²¹⁾

Tots aquests trastorns d'adaptació son la causa de:

Ansietat: És la resposta emocional més freqüent. És un mecanisme d'alerta davant de qualsevol amenaça. Pot arribar a un nivell patològic que pot afectar el funcionament i la capacitat de la pacient per col·laborar amb el seu tractament.

El trastorn per estrès posttraumàtic és de gran importància, ja que pot persistir inclús després de la curació.⁽¹¹⁾

Depressió: És la patologia psiquiàtrica més freqüentment diagnosticada amb les pacients oncològiques, així com a la família. Més de la cinquena part de les pacients la desenvoluparà durant el primer any després del diagnòstic. Pot aparèixer per qualsevol motiu en el curs de la malaltia cancerosa; per efecte directe, pels tractaments, i fins i tot l'aparició de la depressió pot ser per un estímul d'alerta de recidiva o de disseminació metastàtica.⁽¹¹⁾

A més, existeixen alguns factors de risc que augmenten la probabilitat que apareguin episodis depressius:⁽¹¹⁾

- Història prèvia de la depressió.
- Dolor mal controlat.
- Historia d'abusos de substàncies.
- El tipus de neoplàsia.
- Edat avançada.

La depressió no només redueix significativament la qualitat de vida de la pacient, sinó que també redueix la probabilitat d'èxit del tractament i, fins i tot, suposa un risc per a la vida de la pacient per la probabilitat augmentada de suïcidi.⁽¹¹⁾

Trastorns de conducta:⁽¹¹⁾

- La negació patològica pot suposar un obstacle i un retràs en la introducció del tractament.
- Irritabilitat exagerada que pot provocar dificultat per controlar els impulsos.
- Abusos de substàncies.

- Somatització i abús dels serveis sanitaris.
- Comportament dissocial amb adolescents.
- Conducta agressiva amb els nens (succió del polze, enuresis,...).

Altres: alteració de la imatge corporal i disfunció sexual.

2.5 INFERMERIA:

Uns dels principals objectius de la infermeria és brindar informació i educació detallada de tots els factors de risc i estimular l'adopció d'hàbits saludables per a la dona i ensenyar la tècnica de l'autoexamen de mama.⁽²²⁾

La pacient espera de les infermeres que siguin capaces d'identificar quines són “les seves necessitats específiques”. Aquests tipus de pacients tenen la necessitat de tenir una atenció professional orientada a: “brindar cures, informar, acompanyar i guiar en tot el procés de la malaltia”.⁽²²⁾

Cures d'infermeria en les diferents etapes del tractament:

En el moment del diagnòstic la pacient pot experimentar ansietat, temor i inclús soledat anticipada enfront l'amenaça del diagnòstic de càncer i de la pèrdua de la mama. Les proves, els procediments per al diagnòstic i l'espera dels resultats pot semblar insuportable. L'estrès en aquest període també l'experimenten les persones properes i els familiars. Els components principals dels cuidatges d'infermeria durant aquesta fase són:⁽²²⁾

1. Preparació física i emocional de la pacient per les proves.
2. Creació d'un ambient positiu i de suport.
3. Previsió d'informació i recursos adequats per atendre les preocupacions de la pacient i els seus familiars.

El diagnòstic d'infermeria en aquesta fase és: ansietat relacionada amb el temor al diagnòstic de càncer de mama.⁽²²⁾

En el tractament de quimioteràpia les pacients afectades amb aquesta patologia necessiten ser orientades i informades.⁽²²⁾

Un dels principals objectius de la infermera preoperatoria és reduir el nivell d'ansietat de la pacient, a través del lliurament d'informació clara i puntual que contempli les accions que seran desenvolupades durant en aquesta etapa. Disminuir els temors, explicar de què es tracta l'operació, les possibles complicacions, amb la finalitat que la pacient pugui estar conscient i informada en relació amb la seva patologia i tractament, i d'aquesta manera col·labori amb la seva recuperació.⁽²²⁾

La fase operatoria es relaciona amb factors estressants, com la separació de la família, la pèrdua del control de la situació i l'anestèsia general. Cal que la pacient es senti preparada per la cirurgia i, al mateix temps, tingui l'alleugeriment de que el càncer s'extirparà. En aquesta fase la infermera té una funció molt important, no només en l'ensenyament, sinó en la promoció de l'expressió i l'exploració dels sentiments per part de la pacient, la parella i familiars.⁽²²⁾

En el procés post-operatori és necessari tenir permanentment un contacte afectiu amb la pacient i la seva família. El repte diari d'una infermera és atendre als pacients de la mateixa manera que li agradaria que l'atenguessin a ella.⁽²²⁾

3. OBJETIUS

Objectiu principal:

Realitzar una revisió bibliogràfica sobre com es veu afectada la qualitat de vida de les pacients amb càncer de mama sotmeses a una intervenció quirúrgica i quines intervencions infermeres es duen a terme.

4. METODOLOGIA:

Es va realitzar una cerca en diferents bases de dades, electròniques nacionals i internacionals de l'àmbit sanitari com: Cuiden, Pubmed, Chinal, Cuidatge, Scielo, Dialnet, BDNF, Google acadèmic i busqueda manual a partir dels articles trobats, la cerca es va efectuar des de l'octubre del 2015 fins a l'abril del 2016, utilitzant les paraules claus: càncer de mama, qualitat de vida en càncer de mama, impact of breast care nurse, breast cancer and nursing and quality of life, juntament amb operadors booleans AND i/o OR.

Per realitzar una cerca més exhaustiva es van establir els criteris d'inclusió i exclusió següents: (taula 1)

Taula 1. Criteris d'inclusió i exclusió

INCLUSIÓ	EXCLUSIÓ
<ul style="list-style-type: none"> • Originals. • Text complet. • Publicats entre el gener del 2009 i el gener del 2016. • L'idioma d'aquests articles ha de ser amb angles, espanyol i portuguès. • Articles de l'àmbit sanitari. • La cerca ha d'estar relacionada amb l'influència del càncer de mama i el rol d'infermeria en la qualitat de vida dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Text complet no disponible. • Publicat fora dels anys establerts. • Articles no relacionats amb l'àmbit sanitari. • Estudis sobre animals. • Amb un idioma no establert dintre dels criteris d'inclusió. • Revisions bibliogràfiques.

5. RESULTATS:

En les diferents bases de dades es van trobar un total de 642 articles, dels quals una vegada aplicats els criteris d'inclusió i exclusió i revisar els títols i resums, es van seleccionar per la revisió 37 articles. (Taula 2)

Taula 2. Resultats cerca

CERCADOR	RESULTATS	APLICACIÓ DE FILTRES	SELECCIONATS
CUIDEN			
Càncer de mama	837	236	3
Rol enfermeria AND càncer de mama	140	54	4
SCIELO			
Càncer de mama AND enfermeria	70	47	5
Breast cancer and nursing and Quality of life	22	15	3

CERCADOR	RESULTATS	APLICACIÓ DE FILTRES	SELECCIONATS
DIALNET			
Càncer de mama OR enfermeria	63	36	2
PUBMED			
Quality of life AND mastectomy	1346	149	4
Impact of breast care nurses	180	22	3
Mastectomy AND nursing techniques	306	70	3
CUIDATGE			
Càncer de mama AND Enfermeria	6	6	2
BDENF			
Càncer de mama AND Enfermeria	6	6	1
RECERCA MANUAL			
---	7	7	7

TOTAL SELECCIONATS:

37 Articles

Després de realitzar una lectura en profunditat dels articles seleccionats, llegint el text complet, finalment s'han escollit 21 articles (taula 3 - taula 4) els quals complien amb tots els criteris establerts.

Taula 3. Articles seleccionats

BASE DE DADES	RESULTATS	ARTICLES SELECCIONATS
CUIDEN	7	4
PUBMED	9	5
SCIELO	8	6
DIALNET	2	1
CUIDATGE	2	1
BDENF	3	0
BUSQUEDA MANUAL	7	4
RESULTATS	37	21

Taula 4: Descripció dels articles seleccionats

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Vanessa Alves Lacerda Furlan, et al.	2013	Revista Brasilenya de cirurgia plàstica	Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama.	Estudi Qualitatiu de caràcter exploratori	Els resultats mostren que la funció emocional, considerat com un element clau en la qualitat de vida i autoestima presenta pitjor promig en els pacient que només s'havien sotmès a una mastectomia en relació amb el grup que va passar per la reconstrucció mamaria, el qual revela que les dones que no han estat reconstruïdes presenten una fragilitat emocional major.
Mónica Gallegos Alvarado, et. al.	2012	Revista d' investigació Cuidarte	Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento	Estudi descriptiu, observacional	<p>El programa de cures d'infermeria en pacients mastectomitzades a domicili es satisfactori, en quan a la qualitat de vida.</p> <p>El professional d'infermeria té aquí un paper fonamental en el suport tant en el pre i posoperatori com en la preparació per a la seva recuperació i disminució de les complicacions, facilitant un afrontament adequat que ens porti un nivell d'adaptació integrat a la seva nova situació de salut. Aquestes persones necessiten ser orientats juntament amb els seus familiars perquè tinguin una comprensió clara dels objectius del tractament i de les seves conseqüències.</p>

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Nathália Silva Gomes et. Al	2015	Revista mineira de enfermagem	Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama	Estudi transversal quantitatiu	L'impacte en la seva qualitat de vida es evident. La reconstrucció mamària va mostrar una influència positiva i significativa en la capacitat de la dona per dur a terme el seu dia a dia. L'autoestima està relacionada amb els problemes psicològics i físics, lo qual reafirma la importància dels sentiments positius sobre si mateix en les diferents experiències que et presenta la vida.
Amir Musarezaie, et al.	2014	revista iranian journal nursing midwifery research	Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy	Estudi descriptiu, correlacional transversal	Els resultats mostren que la qualitat de vida es afectada en tots els sentits. Els pacients necessiten recolzament social, emocional i espiritual per la realització de les seves teràpies amb menys estrès. Infermeria ha de rebre els coneixements necessaris per poder tractar els diferents factors que afecten a la qualitat de vida del pacient, amb la finalitat de millorar la seva salut.
María Mercedes Lafaurie V.	2011	Revista colombiana de enfermería	Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados	Estudi qualitatiu	El càncer de mama constitueix un esdeveniment advers en les vides de les dones, que les afecta no només a elles sinó a les seves famílies. Per les dones més joves es imprescindible la reconstrucció mamària per poder superar la malaltia, en canvi les dones amb edat més adulta determinen que no es una prioritat per la seva vida ja pateixen que aquest tipus d'intervenció els afecti i prefereixen assumir la mastectomia sense reconstruir.

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Paula Ruiz Carreño, et al.	2012	Revista Index de enfermeria	Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perpespectiva enfermera.	Estudi observacional, transversal i analític.	Els resultats del estudi confirma que després de quatre o més anys de diagnòstic, les dones participants amb el estudi descriuen problemes en totes les dimensions valorades amb els qüestionaris aplicats, pel que es proposa desenvolupar plans de cures d'infermeria centrat amb les dimensions més afectades.
María Rosario Domínguez Gil, et. al.	2009	Revista index enfermeria	Evaluación de la Calidad de vida tras el tratamiento primario de cancer de mama	Estudi descriptiu transversal	El tractament primari del càncer de mama continua incapacitant a les pacients , entre sis i nou mesos després de finalitzar-lo. El dolor i es efectes secundaris del tractament, dificulta que la pacient continuï desenvolupant amb normalitat les activitats de la vida diària.Els afecta en les àrees del rol emocional i qualitat de vida.
Rafael Blanco-Sánchez	2010	Revista Elsevier	Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico.	Metodologia d'investigació qualitatiu de trajectòria fenomenologica.	De les dones participants, les joves, universitàries, de classe social mitja i les majors de 40 anys amb estudis primaris, es reconstrueixen la mama. Les universitàries de classe social mig-alta no es realitzen la reconstrucció. Negocien d'una altra manera la seva relació de parella.
Rafael Blanco-Sánchez	2010	Revista index de enfermeria	Feminine body imatge and sexuality in women with breast càncer.	Estudi qualitatiu fenomenològic	Patir un càncer de mama pot portar al trencament de la relació amb les seves parelles i ser viscut per elles com un problema afegit. Però això no afectarà la majoria de dones, ja que estan acompanyades en tot moment per les seves parelles

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Janet H. Yueh, M.D	2010	Revista Americana Plastic and reconstructive Surgery	Patient Satisfaction in Postmastectomy Breast Reconstruction: A Comparative Evaluation of DIEP, TRAM, Latissimus Flap, and Implant Techniques.	Estudi transversal, enquesta de salut	<p>La reconstrucció mamària envers la mastectomia, té un impacte psicològic positiu sobre el pacient, el qual contribueix a tenir una millor qualitat de vida.</p> <p>Entre les diferents tècniques de reconstrucció, la aleta dorsal ample es la que presenta més satisfacció estètica i emocional, ja que es per endoscòpia, les cicatrius són menors i per tant l'adaptació i recuperació són menors.</p>
Young Sun, et al.	2013	Revista Japanese Journal of Clinica Oncology	Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer	Estudi transversal	Els supervivents de càncer de mama que es van sotmetre a la cirurgia conservadora de la mama, van obtenir resultats més positius en respecte a la funció emocional i social, imatge corporal i autoestima, per tant la qualitat de vida va ser millor respecte a la mastectomia i reconstrucció immediata.
Dubashi B, et al.	2010	Revista Indian Journal of Cancer	Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary cancer institute in south India	Estudi transversal, enquesta de salut	<p>L'efecte de càncer de mama a l'estat d'ocupació i marital sembla ser mínima. La qualitat de vida i la funció sexual són lleugerament millor en el grup de conservació de la mama, en comparació amb el grup de la mastectomia.</p> <p>La preparació de les dones per enfrontar l'impacte de la nova malaltia com es el càncer de mama i problemes posteriors poden millorar la seva qualitat de vida.</p>

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Priscila Ribeiro Huguet, et al.	2009	Revista Brasileira de Ginecologi a e obstetícia	Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama	Estudi observacional analític transversal	Un major estatus socioeconòmic i nivell educatiu, la relació de parella estable i la cirurgia amb la reconstrucció mamària s'associa a una millor qualitat de vida .
Elizabeth Mesquita Melo, et. al.	2011	Revista de enfermeria basada en la. Evidencia	Orientación sistematizada de enfermería: instrumento para la recuperación de mujeres en el postoperatorio de mastectomía	Estudi experimental, assaig clínic	L'orientació sistematitzada d'infermeria en el postoperatori de la mastectomia posseeix un valor inestimable, ja que proporciona a la dona l'aclariment de dubtes sobre la malaltia i la pròpia cirurgia, a més de possibilitar l'adopció de cures favorables a una recuperació més ràpida. Les dones que van tenir orientació en el postoperatori presentaven respostes físiques i emocionals més satisfactòries, respecte a les altres dones que no van tenir orientació en el postoperatori.
UteSusann Albert	2011	Revista breast care	The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy	Estudi transversal, tipus enquesta	L'estudi permet concloure que les infermeres exerceixen un paper important i especial en la cura del pacient de càncer de mama, el qual té un impacte positiu en els pacients. La infermeria especialitzada en atenció a la mama, millora l'adherència i satisfacció en el tractament de pacients amb càncer de mama. Per tant, la formació contínua d'infermeria especialitzada és un objectiu important.

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Diana Carrillo Salvador, et.al.	2014	Revista de enfermeria instituto Mexicano seguro social	Conocimiento del personal de enfermeria sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomia	Estudi transversal descriptiu.	<p>El seguiment del personal d'infermeria en la cura de la dona post operada es fonamental per la seva recuperació .</p> <p>Es va demostrar que aquelles dones que rebien una bona orientació per part d'infermeria, es van adaptar més ràpid a la seva vida diària i van disminuir les complicacions. Les pacients que no van rebre un seguiment i cures adequats er art d'infermeria van patir afectació emocional i va influir negativament en el procés d'adaptació.</p>
A.B. Pereira Mendez, et al.	2012	Revista enfermería global	La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas	Estudi d'investigació descriptiva.	<p>Les dones assistides per l'infermera especialitzada siguin informades sobre la malaltia i la peculiaritat dels tractaments i cures que deuen ser presos a partir del moment del diagnòstic. A través d'aquest tipus d'assistència de infermeria, la cura es fa individualitzat i el client podrà involucrar-se més en l'autocura.</p>
Cinthia Virdiana Ole Futiérrez, et al	2012	Revista de enfermeria. ENE	Modelo de cuidado de enfermeria para la mujer con cáncer e mama a través de la integración de la dimensión espiritual.	Estudi Observacional	<p>S'origina la proposta de realitzar un model amb la finalitat d'integrar la dimensió espiritual a la cura que brinda el professional d'infermeria a les dones que pateixen el càncer de mama. El desenvolupament d'aquest model, comporta un creixement personal i professional en els malalts i a la sanejament de les dones que viuen el càncer de mama. Implica que els infermers facilitin la comunicació centrat en l'espiritual harmoniosament durant la cura.</p>

AUTOR	ANY	BASE DE	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Cristina Leal Torrealba, et al.	2015	Revista Nure investigació	Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología.	Revisió bibliogràfica	Conèixer les intervencions d'infermeria, malalts preparats i un equip multi i interdisciplinari amb un pla de cures són la clau per a un enfrontament del càncer de mama permetent així una cura holístic del pacient.
Elisabeth Melino Vieira, et al.	2014	Revista latino-Americana Enfermagem	Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación.	Estudi qualitatiu basat en la teoria dels Scripts Sexuals	L'experiència el càncer conté aspectes culturals, relacionats i subjectius que interfereixen amb la vida sexual, així el professional de la salut ha d'estar atent a ells per a millorar l'atenció integral de la salut.
Débora Cherchiglia de Moraes, et al.	2016	Revista da escola de Enfermagem da USP	Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care.	Estudi descriptiu, transversal.	Cal invertir en la formació i la gestió de la detecció del càncer de mama professional.

6. ANÀLISI I DISCUSSIÓ:

Per poder facilitar la lectura hem estructurat en diferents apartats:

Canvis que es produeixen en la qualitat de vida dels pacients que presenten càncer de mama.

El càncer de mama està entre les neoplàsies malignes més freqüents, que s'associa amb majors taxes de mortalitat al món, convertint-se en una preocupació important en la salut pública el qual genera molts sentiments d'inseguretat en les persones que ho pateixen i la família.⁽²³⁾

Quan els pacients s'assabenten del diagnòstic del càncer de mama els genera situacions d'incertesa extrema, acompanyat d'un gran desequilibri psicosocial el qual altera l'autoestima i la imatge corporal.^(24,25,26)

La mama és un símbol de bellesa física, fertilitat i salut en totes les etapes de la vida. Segons N. Silva et al, la pèrdua d'aquest òrgan pot perjudicar la convivència conjugal perquè es senten menys femenines i menys desitjades sexualment.⁽²⁵⁾ L'estudi qualitatiu realitzar per Lafaurie et al ens afirma que és una notícia devastadora tant per a elles com per les famílies, el qual els afectarà en totes les ares de la seva vida.⁽²⁷⁾

Un estudi realitzar a 24 dones amb càncer de mama diagnosticat de fa més de quatre anys, per Paula Ruiz Carreño et al, demostra que les dones amb càncer de mama tendeixen a tenir més afectat, el funcionament emocional, la fatiga, el dolor, l'insomni, el plaer sexual i la perspectiva de futur.⁽²⁸⁾

Alves Lacerna et al, ens demostra que com més jove és la dona més gran és l'impacte emocional,⁽²³⁾ tenen pitjor qualitat de vida després del diagnòstic, major risc d'estrès, disfunció psicològica i sexual. Les dones més joves, no estan tan preparades per afrontar la malaltia, són les que tenen més preocupació per la situació financera i el futur com buscar parella, realitzar activitats d'oci, com anar a la platja, la maternitat. En canvi les dones més grans sovint tenen més resistència, adaptació a la malaltia i al seu tractament.^(23,29)

Les dones amb un estatus econòmic superior és senten millor físicament i psicològicament, ja que aquestes dones tenen més probabilitats d'obtenir suport i una millor accessibilitat social.⁽²⁹⁾

Les que tenen una alta educació presenten millor percepció de la salut i millor qualitat de vida, ja que tenen més recursos per fer front a la malaltia, major suport social i més idea sobre la informació i extensió de la malaltia, però pateixen un alt nivell d'estrès a causa dels seus coneixements.⁽²⁹⁾

La cirurgia i el tractament afecta a les pacients en diferents àrees del seu benestar⁽²⁵⁾, ja que els pits són considerats per la nostra societat com un dels principals pilars de la feminitat.⁽³⁰⁾ Per tant, l'extirpació de la mama és un esdeveniment que és ple d'experiències doloroses, hi ha un canvi amb la relació que estableix la dona amb el seu cos i ment, el qual pot portar a una pèrdua o reducció de sensació de dona.⁽²⁵⁾

Les principals necessitats que presenten aquestes dones és la minimització dels efectes adversos del tractament com la quimioteràpia, que provoca la caiguda del cabell el qual ha afectat seriosament l'autoimatge de les dones, disminueix el seu benestar i autoestima i afecta seriosament en la seva qualitat de vida.⁽²⁷⁾

Un estudi qualitatiu fenomenològic a 29 dones amb càncer de mama, efectuat per Blanco-Sánchez ens afirma que quan les dones s'amputen una mama tenen dificultats per acceptar la seva nova imatge, protegeixen el seu cos evitant el nu integral, el qual influeix en les seves relacions sexuals. La seva parella es converteix en un pilar fonamental per superar aquesta por.⁽³¹⁾

L'estudi realitzat per Priscila Ribeiro et al, demostra la importància del suport a les dones amb càncer de mama per les seves parelles, aquestes dones presenten un alt nivell psicològic i social. El suport de la parella té un paper molt important en la sexualitat de la dona.⁽²⁹⁾ En canvi les dones que no tenen parella, són més vulnerables en quant a l'acceptació dels problemes i dificultats desencadenants de la malaltia i tenen més dificultats per establir vincles afectius.⁽³¹⁾

Aquesta malaltia sempre estarà present, ja que la cura de la cirurgia ha de romandre de per vida. Això condueix a un deteriorament estètic i funcional de l'extremitat afectada i és una incomoditat física i emocional, com per causar símptomes de depressió i ansietat. Les pacients deuen adaptar-se a les situacions que els planteja la seva nova realitat, això limitarà la realització de determinades activitats de la llar i el treball, la dona se sent incapacitada⁽²⁵⁾, ja que hi ha una alteració de la seva qualitat de vida, degut a la pèrdua d'autonomia i falta de mobilitat física, la qual podria tenir repercussions importants com el síndrome per desús.^(24,27) Les seqüeles de la cirurgia i el dolor que causa, continua incapacitant a les pacients molt de temps després d'haver-lo finalitzat afectant la seva vida diària i activitats socials.⁽³²⁾

Antigament la morbiditat en la cirurgia de la mama era molt gran, les ferides no cicatritzaven, el moviment de la extremitat afectada estava limitat i el dolor crònic era molt incapacitant, per tant la qualitat de vida amb aquests pacients no estava considerada⁽³³⁾

Hi ha dones que no consideren la reconstrucció mamària després de la mastectomia una prioritat, ja que tenen por de que aquest tipus d'intervenció els afecte en la seva salut i prefereixen assumir la mastectomia sense sotmetre's a la cirurgia reconstructora, a diferència dels grups socials més joves que veuen la reconstrucció com una necessitat imprescindible per al seu benestar.⁽²⁷⁾

Les dones mastectomitzades no se senten realment curades fins que no es troben igual que abans de la intervenció. Per a elles oferir-los la possibilitat d'una reconstrucció mamària, significa una vida en el futur. Aquesta alternativa és clau en la recuperació dels pacients, ja que contribueix a recuperar la imatge corporal, augmentar la seva autoestima i millorar la qualitat de vida.⁽²⁷⁾

Maria Lafaurie et al i Janet H et al, han demostrat que la reconstrucció mamària és un complement important a la mastectomia, ja que té un impacte psicològic positiu sobre el pacient, el que contribueix a una millor qualitat de vida. És clau en la recuperació dels pacients augmentant la seva autoestima i millorar la qualitat de vida.^(27,33)

Si es compara la mastectomia, amb la reconstrucció mamària, les pacients mastectomitzades presenten pitjor qualitat de vida i fragilitat emocional.^(23,34)

La investigació realitzada per Blanco-Sanches, ens afirma que les dones que opten a realitzar-se una cirurgia reparadora després d'una mastectomia són les que no volen utilitzar pròtesis externa de mama, això els ajuda a mantenir la integritat corporal per no sentir-se mutilades, es senten femenines de nou, se senten com sempre, més equilibrades, els ajuda a oblidar que són víctimes d'un càncer i mantenen la salut emocional.⁽³⁰⁾

La mastectomia ha evolucionat a partir de la mastectomia radical de Halsted la qual era molt agressiva i produïa un trauma psíquic important per les pacients.⁽⁴⁾ Actualment les noves mastectomies proporcionen resultats que són oncològicament equivalents a les operacions més grans, però fan que sigui més fàcil de realitzar reconstruccions mamàries immediates que aconseguen bons resultats estètics i redueixen la morbiditat psicològica.⁽³¹⁾

Segons l'estudi fet per Young Sun et al, la reconstrucció mamària immediata després d'una mastectomia és una gran avanç, ja que la dona ja surt de quiròfan amb la mama reconstruïda i mai s'arriba a veure sense mama. Per tant aquestes pacients presenten millors resultats en quan a la imatge corporal i autoestima respecte a les dones mastectomitzades.⁽³²⁾ En canvi, un estudi realitzat per Schain diu que les pacients que esperen un temps per la reconstrucció tendeixen a presentar menors símptomes psicopatològics. La raó podria ser que aquestes pacients han tingut més autoestima per afrontar la seva mastectomia.⁽¹⁷⁾

Yueh JH et al, en l'estudi realitzat a 583 dones sotmeses a diferents tècniques quirúrgiques afirma que les pacients sotmeses a la tècnica del penjoll TRAM informen d'alts nivells de satisfacció estètica, però hi ha més complicacions en la recuperació, per l'extracció dels músculs abdominals.⁽³¹⁾

Influència del rol d'infermeria en la qualitat de vida dels pacients en càncer de mama.

Les principals activitats de l'infermera és avaluació del pacient, assessorament de la malaltia a les pacients i als seus familiars de forma clara sense termes mèdics basada en una interacció empàtica per satisfer les seves necessitats. Per realitzar aquesta funció és necessari tenir habilitats especials de comunicació.⁽³³⁾

Els professionals d'infermeria, un cop detectada la malaltia ha de donar suport al pacient, el moment idoni per realitzar una bona educació sanitària, és abans de que es realitzi la cirurgia i en la fase postoperatòria.⁽²⁴⁾

Infermeria han de realitzar un pla de cures, per poder donar com a resultat un cuidatge holístic, que englobi totes les necessitats de la pacient.⁽³⁴⁾ En la realització de diversos estudis ens afirmen que en el procés postoperatori són necessàries l'adopció de diverses cures favorables i de qualitat, com és la manipulació del drenatge, moviments, cures del braç afectat i conèixer quines són les necessitats i preocupacions de la pacient, per aconseguir una recuperació més ràpida i així poder reduir el risc de complicacions; ja que actualment la dona rep el alta hospitalària molt precoçment.^(30,35)

L'equip d'infermeria ha de recordar que la mastectomia fa sentir a la dona més vulnerable a causa de la retirada d'un òrgan molt valorat per la societat.^(24,35)

El cuidar com a valor moral representa l'ideal d'infermeria per mantenir el respecte a la dignitat de la persona sol·licitant de l'assistència; emfatitza el sentit axiològic en la presa de decisions ètiques per executar accions cuidadores.⁽³⁶⁾

És necessari preparar de forma especial a l'infermera perquè sigui capaç d'ajudar al pacient oncològic tant en el sentit físic, psicològic i emocional.^(28,30) Unes de les actituds més importants de cuidar és saber mirar, saber quan i de quina forma tocar al pacient, per així ser capaç d'identificar les respostes d'afrontament en qualsevol etapa de la vida.^(30,34,36)

En les entrevistes realitzades per Olea Gutiérrez et al durant el procés de supervivència, les pacients busquen un recolzament del aspecte espiritual, però es troben amb que els

professionals d'infermeria es mantenen al marge amb aquest aspecte. Per aquest motiu en és creu necessari elevar el creixement espiritual en les infermeres, per així poder emprendre el desenvolupament de la comunicació, acceptació i presència.⁽³⁷⁾

Per altra banda les infermeres estaran preparades per realitzar una comunicació de persona-persona, marcat per l'empatia a part de proporcionar una lloc comfortable, mitjançant aquesta comunicació s'identificaran les necessitats de la dona amb càncer de mama, amb la finalització de buscar l'harmonia en les dones amb càncer de mama.⁽³⁷⁾

S'ha d'orientar a la pacient i els seus familiars dels objectius del tractament, de les seves possibles conseqüències i aclarir dubtes per poder així minimitzar el risc de complicacions, facilitant un afrontament adequat a l'agressió física, estètica i psicològica, per poder arribar a un nivell d'adaptació integral.^(24,35,38)

Ute-Susann et al i Alvarado et al, afirmen que les dones que havien estat recolzades pel personal d'infermeria tenien una qualitat de vida millor^(24,33) fins després d'un any de sortir de l'hospital també es va demostrar que en termes de comunicació i informació contribuïa significativament al compliment del regim terapèutic. S'ha de remarcar que l'acompanyament de la pacient no tant sols es realitza en l'estada a l'hospital sinó que aquest procés ha de ser continuat per tots els serveis de salut.⁽³³⁾

L'estudi realitzat per Carrillo Salvador et al, ha demostrat que la cura domiciliari que brinda la infermera a la dona postoperada de mastectomia enforteix el seu estat emocional i afavoreix la adatación i afrontament positiu al context familiar i laboral.⁽³⁶⁾

Per altra banda, l'estudi realitzar per Pereira Mendez et al, afirma ser insuficient la formació acadèmica per aquest motiu creu rellevant una especialització oncològica, en especial d'infermeria; ja que la infermera ha de tindre competències tècniques i comprendre el moment viscut per les pacients ha de ser capaç de aclarir dubtes, informar sobre la malaltia, el tractament i les cures que s'han de realitzar des de el moment del diagnòstic i sobretot donar recolzament emocional. Tots aquest aspectes s'han observat que interfereix favorablement en la supervivència de les dones en càncer de mama.⁽³⁹⁾

En les unitats d'atenció primària de salut Cherchiglia de Morales et al, van demostrar que la major part de les infermeres no sabien que el seguiment de les dones amb alt risc de càncer de mama s'ha de realitzar anualment. La majoria de professionals va donar informació incorrecta a les dones sobre la freqüència i grup d'edat. No obstant això, més del 70% de les pacients que van perdre la mamografia programada, no van ser tractades. Com es pot observar hi ha una falta de formació i coneixements de les infermeres sobre la disponibilitat dels sistemes d'informació i el seu ús.⁽³⁸⁾

Per aquest motiu és necessari invertir en l'educació continuada dels professionals i així actualitzar constant els seus coneixements per poder obtenir un bon control dels tumors mamaris.^(24,38)

7. CONCLUSIÓ:

El càncer de mama és un diagnòstic que interfereix negativament en la vida de la persona i la família, el qual i genera moltes preguntes i sentiments diferents.

La mama és un símbol de bellesa física i fertilitat en la nostra societat, per tant la pèrdua d'aquest òrgan genera una experiència molt dolorosa que l'afectarà en tots els àmbits de la seva vida

La reconstrucció mamària és una alternativa clau en la recuperació dels pacients, ja que contribueix a recuperar la imatge corporal, augmentar la seva autoestima i millorar la seva qualitat de vida.

La tècnica de reconstrucció més utilitzada és la immediata ,ja que la dona surt de quiròfan amb la mama reconstruïda i per tant presenta millors resultats físics i psicològics.

Infermeria ha de realitzar un pla de cures individualitzat on s'englobi totes les necessitats de la pacient per així proporcionar una cuidatge holístic amb recuperació més ràpida i una disminució de risc de complicacions.

En ser detectada la malaltia, tant a la pacient com als familiars, infermeria ha de ser capaç de donar suport i resoldre els dubtes d'aquest amb l'ajut d'una bona educació sanitària. Tot això enforteix a la pacient i afavoreix l'adaptació a la nova vida.

Encara que per altra banda, es considera necessari que infermeria realitzi una educació continuada per així poder actualitzar constantment els seus coneixements.

8. BIBLIOGRAFIA:

1. OMS | Càncer de mama: prevenció y control. World Health Organization; [Internet]. [Consultat: 19/10/2015]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
2. SEOM| Càncer de mama. Sociedad Española de Oncología Médica. [Internet]. [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=2>
3. Salvadó Usach MT, Bosch Príncep R, Navas García N, Pons Ferré L, Lejeune M, López Pablo C, et al. Estudio comparativo de la supervivencia del cáncer de mama según diagnóstico asistencial versus programa de detección precoz. Rev Senol y PatolMamar [Internet]. [Consultat: 02/10/2015] 29(1):13–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158215001188>
4. Musarezaie A, Zargham-Boroujeni A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. [Consultat: 27/01/2016]; 20(2):287–91. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4387657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Williams LS, Hopper PD, León Jiménez RG. Enfermería medicoquirúrgica [Internet]. México [etc.]: McGraw-Hill; 2009 [Consultat: 14/10/2015]. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1400366~S13*cat

6. Aecc | Cáncer de mama. Anatomía. Asocioación Española Contra el Cáncer. . [Internet]. [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en:
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/Paginas/anatomia.aspx>
7. Píriz Campos R, Fuente Ramos M de la, Alconero Camarero AR. Enfermería médico-quirúrgica [Internet]. Madrid [etc.] : Difusión Avances de Enfermería; 2001 [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en:
http://cataleg.urv.cat/record=b1158436~S13*cat
8. Tipos de cáncer de seno. American Cancer Society. [Internet]. [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types>
9. Sánchez Martínez MC, López García N. Cáncer de mama : Temas actuales [Internet]. Madrid : Ergon; 2008 [Consultat:20/10/2015]. Disponible en:
http://cataleg.urv.cat/record=b1270135~S13*cat
10. Hernández Muñoz G. Cáncer de mama [Internet]. Caracas [etc.] : McGraw-Hill Interamericana; 2007 [Consultat: 29/10/2015]. Disponible en:
http://cataleg.urv.cat/record=b1266361~S13*cat
11. Pagana KD, Pagana TJ. Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio [Internet]. Barcelona [etc.] : Harcourt; 2001 [Consultat: 29/10/2015]. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1173083~S13*cat
12. Álvarez Rodríguez, J. A. (2006). El Cáncer : proceso oncológico integral. León : [S.N.]. Disponible en:
http://cataleg.urv.cat/record=b1247284~S13*cat
13. Generalitat de Catalunya Institut Català d'Assistència i serveis socials. Qualitat de vida, serveis socials orientats en les persones. Barcelona. 2012. [Internet]. [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en:
http://benestar.gencat.cat/web/.content/01departament/02funcionsiestructura/millora_qualitat_icass/qualitat_vida/documents/qualitat_vida_serveis_socials_persones.pdf
14. Arqué Blanco, M., Barrachina Bellés, L., Oto Cavero, I., Bardají Fandos, T.,

- Lucio Criado, M. J., Novel Martí, G., & Navarro Gómez, M. V. (1994). *Enfermería médico-quirúrgica*. Barcelona [etc.] : Masson. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1201512~S13*cat
15. Brunner, L. S., Suddarth, D. S., & Smeltzer, S. C. (2013). *Enfermería medicoquirúrgica*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1460788~S13*cat
 16. LeMone P, Burke K. *Enfermería medicoquirúrgica : pensamiento crítico en la asistencia del paciente* [Internet]. Madrid [etc.] : Pearson Educación; 2009 929 - 1853 p. [Consultat: 10/09/2015]. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1378228~S13*cat
 17. Blanco-Sanchez, R. (2010). Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenologico. *Enfermeria Clinica*, 20(6), 327–334. [Internet]. [Consultat: 27/01/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.07.005>
 18. Martínez Cañavate, M. D. (n.d.). Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres. A propósito de un caso Autores. [Internet]. [Consultat: 27/01/2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/033.pdf>
 19. Cáncer de mama | Joaquim Muñoz. (n.d.). . [Internet]. [Consultat: 28/01/2016]. Disponible en: <http://www.joaquimmunoz.com/cancer-de-mama-3/#>
 20. Nieto-Munuera, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud : estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid [etc.] : McGraw-Hill. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1201744~S13*cat
 21. Blanco Sánchez, R. (n.d.). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 19(1), 24–28. [Internet]. [Consultat: 03/02/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Beatriz Riquelme E., Bettina Sepúlveda P., X. V. V. (n.d.). Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. [Internet]. [Consultat:

- 10/02/2016]. Disponible en:
http://www.mastologia.cl/pto_docente/002_atenfrmr.pdf
23. Furlan, V. L. A., Sabino Neto, M., Abla, L. E. F., Oliveira, C. J. R., Lima, A. C. de, Ruiz, B. F. de O., & Ferreira, L. M. (2013). Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(2), 264–269. [Internet]. [Consultat: 15/02/2016]. Disponible en:
<http://doi.org/10.1590/S1983-51752013000200016>
24. Alvarado, M. G., Salazar, A. R., Ortiz, E. M., Rodríguez, E. E., & Villa, M. de los Á. A. (2012). Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación - afrontamiento. *Revista CUIDARTE*. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en:
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/28/634>
25. Gomes, N. S., Soares, M. B. O., & Silva, S. R. da. (2015). Self-Esteem and Quality of Life in Women Undergoing Breast Cancer Surgery. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 127–132. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20150030>
26. Musarezaie, A., & Zargham-Boroujeni, A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 287–91. [Internet]. [Consultat: 20/02/2016]. Disponible en:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4387657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. V., M. M. L., Jasson Choachí S., Á. P. G. J., Laydy León D., Á. M. O. C., & Luisa Fernanda Rodas R., Yuri Silva A., N. A. S. V. (n.d.). Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. [Internet]. [Consultat: 20/02/2016]. Disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/cancer_seno.pdf
28. Ruiz Carreño, P., & Almansa Martínez, M. P. (2012). Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una

- perspectiva enfermera. *Index de Enfermeria*, 21(4), 190–193. [Internet]. [Consultat: 15/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.4321/S1132-12962012000300003>
29. Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 31(2), 61–67. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200003>
 30. Domínguez Gil, M. R., Acosta Mosquera, M. E., Méndez Martín, I., Maestre Ramos, I., Pedrote Ramírez, C., & Frutos Cantó, M. (n.d.). Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermeria*, 18(4), 246–248. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 31. Yueh, J. H., Slavin, S. A., Adesiyun, T., Nyame, T. T., Gautam, S., Morris, D. J., ... Lee, B. T. (2010). Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(6), 1585–95. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181cb6351>
 32. Sun, Y., Kim, S.-W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K., & Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(1), 22–7. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1093/jjco/hyt176>
 33. Albert, U.-S., Zemlin, C., Hadji, P., Ziller, V., Kuhler, B., Frank-Hahn, B., ... Kalder, M. (2011). The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy. *Breast Care (Basel, Switzerland)*, 6(3), 221–226. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1159/000329006>

34. Torrealba, C. L., & Picazo, M. S. J. (2015, July 1). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *NURE Investigación*. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675>
35. Elizabeth Mesquita Melo, Raimunda Magalhães da Silva, Rosa Maria Salani Mota, Marli Vilella Mamede, Andréa Gomes Linard, A. F. C. F. (n.d.). Orientación sistematizada de enfermería: instrumento para la recuperación de mujeres en el postoperatorio de mastectomía. Retrieved May 24, 2016. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: file:///C:/Users/Maricel/Desktop/EVIDENTIA,%20ISSN_%201697-638X.html
36. Carrillo-Salvador, D., & Olvera-Gómez, J. (2014). Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 22(3), 153–8. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143f.pdf>
37. Gutiérrez, C., Berumen, L. V., & Zavala, I. C. (2012). Modelo de cuidados de enfermería para la mujer con cáncer de mama a través de la integración de la dimensión espiritual. *ENE, Revista de ...*, 6(3). [Internet]. [Consultat: 03/03/2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/205>
38. Moraes, D. C. de, Almeida, A. M. de, Figueiredo, E. N. de, Loyola, E. A. C. de, & Panobianco, M. S. (2016). Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(1), 14–21. [Internet]. [Consultat: 10/01/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>
39. Pereira Mendes, A. B., Da Costa Lindolpho, M., & Pinto Leite, A. (2012). La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enfermería Global*, 11(26), 416–426. [Internet]. [Consultat: 10/01/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200026>

NORMES DE PUBLICACIÓ ÀGORA D'INFERMERIA



Àgora d'Infermeria és una publicació trimestral que pretén contribuir a la divulgació del coneixement científic, docent, assistencial i gestió en Infermeria. És una revista que està oberta a universitats, facultats i escoles d'Infermeria, Col·legis Oficials Diplomats d'Infermeria, Associacions d'Infermeria, Biblioteques, Centres Assistencials, públics o privats, espanyols o estrangers que vulguin publicar i / o rebre informació.

El copyright d'aquesta revista és propietat d'Àgora d'Infermeria S.R.L. reconeguda amb ISSN, Dipòsit Legal i Marca Registrada.

Els treballs acceptats per a la publicació passen a ser propietat exclusiva d'Àgora d'Infermeria S.R.L., titular dels drets d'autor.

Àgora d'Infermeria no podrà ser reproduïda o transmesa en forma o mitjà, digital o mecànic, incloent-hi les fotocòpies, gravacions o qualsevol sistema de recuperació d'emmagatzematge d'informació, sense la prèvia autorització per escrit del titular del copyright.

Seccions de la revista

- **Editorial.** Aquesta secció s'elabora per petició de la Direcció de la revista a professionals de referència.
- **Infermeria Docent.** Experiències pedagògiques, estudis i treballs, metodologia pedagògica, etc. en l'àmbit de la docència universitària d'infermeria, hospitalària, assistencial. Màxim 2.000 paraules inclòs el resum. Estructura: Resum i paraules clau (castellà i anglès). Introducció, Desenvolupament, Resultats, Discussió / Conclusions i Bibliografia.
- **Infermeria clínica.** Experiències, intervencions d'infermeria en l'àmbit de les cures i de gestió. Màxim 2.000 paraules. Estructura: Resum i paraules clau (castellà i anglès). Introducció, Desenvolupament, resultats, Aportació i limitacions de l'estudi, Discussió, Conclusions i Bibliografia.
- **Escrits d'Infermeria.** Articles de reflexió sobre la disciplina infermera. Màxim 1.500 paraules inclòs resum.

- **Originals.** Treballs d'investigació relacionats amb metodologia quantitativa o qualitativa o ambdues, relacionades amb la salut, cures i gestió d'Infermeria. Màxim 3.000 paraules inclòs resum. Estructura: Resum organitzat en objectiu, mètode, resultats, conclusions i paraules clau (castellà i anglès). Introducció, Desenvolupament, Resultats, Discussió / Conclusions i Bibliografia.
- **Revisions** sistemàtiques. Revisions bibliogràfiques o metanàlisis. Màxim 3.000 paraules inclòs resum.
- **Mirada infermera.** Espai dedicat a la visió infermera històrica i actual.
- **Vida a l'aula.** Pàgina dedicada als alumnes pertanyents a les entitats col·laboradores a la revista aportant experiències i treballs realitzats durant la seva etapa d'estudi. Màxim 1.500 paraules. S'ha de citar nom de la institució on cursen estudis d'infermeria i curs.

Presentació treballs

En tots els articles enviats per a la seva publicació ha de figurar nom i cognoms autor / s, DNI, professió, lloc de treball i adreça postal i electrònica. Els articles s'enviaran en format Word i per correu electrònic:

(Publicar@agoradenfermeria.eu)

Podran anar acompanyats de fotografia, imatge, o dibuix que facin referència al text en JPG, GIF, TIFF, PNG, incloent peu amb les dades i s'enviaran en arxiu a part. Títol, d'acord amb el lloc que els correspon en el text.

Les referències bibliogràfiques seguiran les:

- (Normes de Vancouver)

Els treballs s'acompanyaran d'una carta de presentació. Els autors rebran justificant de recepció. Els articles un cop rebuts seguiran un procés d'avaluació per experts (peer-review).

- No s'acceptaran treballs que s'hagin publicat en altres revistes o congressos sense l'autorització adequada.

Els treballs es remetran acompanyats de la carta de presentació a:

Àgora d'Infermeria. Publicació.

Apartat de Correus, 377.

Castelldefels 08860, Barcelona (Espanya).

(Publicar@agoradenfermeria.eu).

Per a més informació: Revista Espanyola de Salut Pública

CARTA DE PRESENTACIÓ REVISTA

Revista Àgora d'Infermeria.

Apartat de Correus, 377.

Castelldefels 08860, Barcelona (Espanya).

Estimats/des senyors/es,

Ens dirigim a vostès degut a l'interès que tenim amb col·laborar amb la vostra revista Àgora d'enfermeria. Som estudiants de 4rt curs de la universitat Rovira i Virgili del Campus Terres de l'Ebre, hem realitzat recentment el treball de fi de grau, que tracta sobre: La qualitat de vida i influència del rol d'infermeria en les dones mastectomitzades.

Es tracta d'una referència bibliogràfica a partir d'articles originals publicats entre el gener de 2009 i gener de 2016. Es va realitzar una cerca en diferents bases de dades electròniques nacionals i internacionals i després d'aplicar uns criteris d'inclusió i exclusió es van obtenir 21 articles.

Després de realitzar l'anàlisi dels diferents articles escollits, es divideix amb dos apartats:

- Canvis que es produeixen en la qualitat de vida dels pacients que presenten càncer de mama
- Influència del rol d'infermeria en la qualitat de vida dels pacients en càncer de mama.

Després de valorar diferents revistes, aquesta és una revista molt relacionada amb l'àmbit de la infermeria i creiem que es la revista idònia per presentar-vos aquesta proposta. Aquest treball es l'original i no ha estat publicat en cap altra revista ni esta en procés de revisió en cap altra revista.

En espera de la vostra resposta.

Atentament,

Carolina Sebastià Garcés / Maricel Viña Vallespí

Universitat Rovira i Virgili. Campus Terres de l'Ebre

QUALITAT DE VIDA I INFLUENCIA DEL ROL D'INFERMERIA EN LES DONES MASTECTOMITZADES: Revisió Bibliogràfica

QUALITY OF LIFE AND INFLUENCE THE ROLE OF WOMEN IN NURSING
MASTECTOMIZED

Carolina Sebastià Garcès i Maricel Viña Vallespí

Estudiants Universitat Rovira i Virgili. Campus Terres de l'Ebre

RESUM:

Introducció: El càncer de mama és el càncer més freqüent en la dona espanyola, suposa un 29% de tots els càncers. Tot i que la mortalitat per càncer de mama ha baixat en els últims anys gràcies als programes de cribratge continua sent la primera causa de mort per càncer a Espanya en les dones. Quan una dona es diagnosticada de càncer de mama els genera un desequilibri psicosocial el qual els afectarà en totes les ares de la seva vida. Infermeria a de poder proporcionar un cuidatge holístic per cobrir les necessitats d'aquestes pacients. **Objectiu:** Conèixer com es veu afectada la qualitat de vida dels pacients amb càncer de mama sotmesos a una intervenció quirúrgica i quines intervencions infermeres es duen a terme. **Metodologia:** Es va realitzar una cerca en les bases de dades BDENF, Cuiden, Cuidatge, Dialnet, Pubmed, Scielo i busqueda manual, en espanyol, angles i portuguès i el període de recerca es va efectuar entre setembre del 2015 fins març del 2016. Per poder realitzar una cerca més exhaustiva dels articles es van utilitzar diferents criteris d'inclusió i exclusió. **Resultats:** En les diferents bases de dades es van seleccionar 37 articles. Després de realitzar una lectura en profunditat del articles, llegint el text complert , finalment es van escollir 22 articles els quals complien amb tots els criteris establerts. **Conclusió:** La mama es un símbol de bellesa física i fertilitat, la pèrdua d'aquest òrgan genera una experiència dolorosa. La reconstrucció mamaria és clau en la recuperació d'aquestes pacients ja que contribueix a recuperar la imatge corporal, augmentar la seva autoestima i millorar la qualitat de vida. El paper

d'infermeria en aquestes dones es imprescindible per poder cobrir es necessitats dels pacients i així aconseguir una bona recuperació. **Paraules clau:** Càncer de mama, Rol infermeria, qualitat de vida, mastectomia, reconstrucció mamaria,

ABSTRACT:

Introduction: Breast cancer is the most common cancer in Spanish women, represents 29% of all cancers. Although breast cancer mortality has declined in recent years due to screening programs remains the leading cause of cancer death in women in Spain. When a woman is diagnosed with breast cancer generates a psychological imbalance which affect all ares of your life. Nursing able to provide a holistic caring for the needs of these patients. Objective: how affected the quality of life of patients with breast cancer undergo surgery and which nursing interventions are carried out. Methods: We conducted a literature review. The source of information was the database BDNF, Baby, Cuidatge, Dialnet, Pubmed, Scielo and handsearching, in Spanish, English and Portuguese and the IP was made between 2015 and 2016. To perform a search more comprehensive articles they use different criteria for inclusion and exclusion. Results: In the various databases were selected 37 articles. After performing a read in-depth articles, reading the full text, finally chose 22 articles which meet all the criteria. Conclusion: The breast is a symbol of physical beauty and fertility, the loss of this organ generates dolororosa experience. Breast reconstruction is key to the recovery of these patients as it helps restore body image, increase their self-esteem and improve quality of life. The role of nursing in these women is essential to meet patient needs and achieve a good recovery. Keywords: Breast Cancer, Nursing Role, quality of life, mastectomy, breast reconstruction

INTRODUCCIÓ:

La incidència de càncer de mama està augmentant en el món en desenvolupament a causa de la major esperança de vida, l'augment de la urbanització i l'adopció de formes de vida occidentals.⁽¹⁾

El càncer de mama és el càncer més freqüent en la dona espanyola, suposa un 29% de tots els càncers. A Espanya el 2012 es van diagnosticar 25.215 càncers de mama.⁽²⁾

Tot i que la mortalitat per càncer de mama ha baixat en els últims anys gràcies als programes de cribratge i també hi ha una millora dels tractaments de càncer de mama continua sent la primera causa de mort per càncer a Espanya en les dones. El 2012 van morir 6.075 dones per càncer de mama a Espanya.⁽²⁾

La recent revisió Cochrane, realitzat per Salvador Usach, et al, mostra que no existeix cap evidència que recolzi un efecte beneficiós del programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama (DPCM).. Per cada mort previnguda al llarg de 10 anys amb una mamografia anual, s'assumeix que entre 490-670 dones tindran un fals positiu, amb repetició del estudi, biòpsies innecessàries i entre 3-14 sobrediagnòstics de càncer de mama que mai s'haguessin manifestat clínicament al llarg de la vida de la dona.⁽³⁾

Les estadístiques de l'estudi realitzat per Musarezaie A et al, ens mostren que a nivell mundial, entre cada 10 dones, 1 persona és diagnosticada amb aquesta malaltia. D'acord amb l'informe de la Societat Americana del càncer a cada 15 minuts, cinc persones són diagnosticades amb càncer de mama i una dona mort a causa d'aquest cas.⁽⁴⁾

La causa o causes que produeixen un càncer de mama encara no estan aclarides, però sí que s'han identificat nombrosos factors de risc associats al càncer de mama. La major part dels ells es relaciona amb els antecedents reproductius que modulen l'exposició hormonal durant la vida. L'edat és el principal factor de risc per patir un càncer de mama, el risc augmenta en augmentar l'edat. Les dones amb antecedents familiars de càncer de mama tenen més risc.⁽²⁾

Actualment gràcies a les tècniques innovadores s'ha aconseguit disminuir l'impacte emocional que fins ara aquesta malaltia produïa. Amb una mateixa intervenció quirúrgica es realitza l'extirpació del tumor i la reconstrucció de la mama, minimitzant així les cicatrius en el cos de la dona.

METODOLOGIA

Es va realitzar una revisió bibliogràfica dels estudis publicats sobre la qualitat de vida en les dones amb càncer de mama i la influència de la infermeria en aquestes.

La cerca es va desenvolupar en diferents bases de dades, electròniques nacionals i internacionals de l'àmbit sanitari com: Cuiden, Pubmed, Chinal, Cuidatge, Scielo, Dialnet, BDENF i busqueda manual a partir dels articles trobats, la cerca es va efectuar des de l'octubre del 2015 fins l'abril del 2016, utilitzant les paraules claus: càncer de mama, qualitat de vida en càncer de mama, impact of breast care nurse, breast cancer and nursing and quality of life, juntament amb operadors booleans AND i/o OR.

Per realitzar una cerca més exhaustiva es van establir els criteris d'inclusió i exclusió següents: (taula 1)

RESULTATS:

En les diferents bases de dades es van trobar un total de 641 articles, dels qual una vegada aplicats el criteris d'inclusió i exclusió i revisar els títols i resums, es van seleccionar per la revisió 37 articles. (Taula 2)

Després de realitzar una lectura en profunditat del articles seleccionats, llegint el text complert, finalment s'han escollit 21 articles (taula 3) els quals complien amb tots els criteris establerts.

ANÀLISI I DISCUSSIÓ

Canvis que es produeixen en la qualitat de vida dels pacients que presenten càncer de mama.

Quan els pacient s'assabenten del diagnòstic del càncer de mama els genera situacions d'incertesa extrema, acompanyat d'un gran desequilibri psicosocial el qual altera l'autoestima i la imatge corporal.^(5,6,7) L'estudi qualitatiu realitzar per Lafaurie et al ens

afirma que és una notícia devastadora tant per a elles com per les famílies, el qual els afectarà en totes les àrees de la seva vida. (8)

Un estudi qualitatiu fenomenològic a 29 dones amb càncer de mama, efectuat per Blanco-Sánchez ens afirma que quan les dones els amputen una mama tenen dificultats per acceptar la seva nova imatge, el qual influeix en les seves relacions sexuals. (9)

Les pacients deuen adaptar-se a les situacions que els planteja la seva nova realitat, això limitarà la realització de determinades activitats de la llar i el treball, la dona se sent incapacitada. (6)

Alves lacerna et al, demostra que quan apareix el diagnòstic com més jove es la dona més gran es l'impacte emocional i presenten pitjor qualitat de vida. Tenen preocupació per la situació financera i el futur. (10)

Les que tenen un estatus econòmic superior es senten millor físicament i emocionalment, ja que tenen més probabilitats de tenir suport social. Les dones amb una alta educació tenen millor percepció de la salut i qualitat de vida ja que tenen més recursos per afrontar la malaltia en canvi pateixen un alt nivell d'estrès degut als coneixements. (11)

La cirurgia i el tractament afecta a les pacients en diferents àrees del seu benestar, ja que els pits són considerats per la nostra societat com un dels principals pilars de la feminitat. (12) Per tant, l'extirpació de la mama es un esdeveniment que està ple d'experiències doloroses, hi ha un canvi amb la relació que estableix la dona amb el seu cos i ment, el qual pot portar a una pèrdua o reducció de sensació de dona. (6)

Les dones mastectomitzades no se senten realment curades fins que no es troben igual que abans de la intervenció. (8) Maria Lafaurie et al i Janet H et al, han demostrat que la reconstrucció mamària és un complement important a la mastectomia, ja que té un impacte psicològic positiu sobre el pacient, el que contribueix a una millor qualitat de vida. És clau en la recuperació dels pacients augmentant la seva autoestima i millorar la qualitat de vida. (8,13)

Les noves mastectomies proporcionen resultats molt satisfactoris, ja que en la mateixa intervenció quirúrgica es realitza la reconstrucció mamària immediata que aconsegueix bons resultats estètics i redueix la morbiditat psicològica.⁽⁹⁾

Influència del rol d'infermeria en la qualitat de vida dels pacients en càncer de mama.

Les principals activitats de l'infermera és avaluació del pacient, assessorament de la malaltia a les pacients i als seus familiars de forma clara sense termes mèdics basada en una interacció empàtica per satisfer les seves necessitats. Per realitzar aquesta funció és necessari tenir habilitats especials de comunicació.⁽¹³⁾

El moment idoni per proporcionar una bona educació sanitària, és abans de que es realitzi la cirurgia i en la fase postoperatoria.⁽⁵⁾

Infermeria han de realitzar un pla de cures, per poder donar com a resultat un cuidatge holístic, que englobi totes les necessitats de la pacient.⁽¹⁴⁾ En la realització de diversos estudis ens afirmen que en el procés postoperatori són necessàries l'adopció de diverses cures, com és la manipulació del drenatge, moviments, cures del braç afectat i conèixer quines són les necessitats i preocupacions de la pacient, per aconseguir una recuperació més ràpida i així poder reduir el risc de complicacions; ja que actualment la dona rep el alta hospitalària molt precoçment.^(12,15)

El cuidar com a valor moral representa l'ideal d'infermeria per mantenir el respecte a la dignitat de la persona sol·licitant de l'assistència; emfatitza el sentit axiològic en la presa de decisions ètiques per executar accions cuidadores.⁽¹⁶⁾

Unes de les actituds més importants de cuidar és saber mirar, saber quan i de quina forma tocar al pacient, per així ser capaç d'identificar les respostes d'afrontament en qualsevol etapa de la vida.^(12,14,16,)

S'ha d'orientar a la pacient i els seus familiars dels objectius del tractament, de les seves possibles conseqüències i aclarir dubtes per poder així minimitzar el risc de complicacions, facilitant un afrontament adequat a l'agressió física, estètica i psicològica, per poder arribar a un nivell d'adaptació integral.^(5,15,17)

S'ha de remarcar que l'acompanyament de la pacient no tant sols es realitza en l'estada a l'hospital sinó que aquest procés ha de ser continuat per tots els serveis de salut. (13)

L'estudi realitzat per Carrillo Salvador et al, ha demostrat que la cura domiciliari que brinda la infermera a la dona postoperada de mastectomia enforteix el seu estat emocional i afavoreix la adaptació i afrontament positiu al context familiar i laboral. (16)

Per altra banda, l'estudi realitzar per Pereira Mendez et al, afirma ser insuficient la formació acadèmica per aquest motiu creu rellevant una especialització oncològica, en especial d'infermeria; ja que la infermera ha de tindre competències tècniques i comprendre el moment viscut per les pacients ha de ser capaç de aclarir dubtes.(18)

En les unitats d'atenció primària de salut Cherchigllia de Morales et al, van demostrar que la major part de les infermeres no sabien que el seguiment de les dones amb alt risc de càncer de mama s'ha de realitzar anualment. La majoria de professionals va donar informació incorrecta a les dones sobre la freqüència i grup d'edat.(17)

Per aquest motiu és necessari invertir en l'educació continuada dels professionals i així actualitzar constant els seus coneixements per poder obtenir un bon control dels tumors mamaris.(5,17)

CONCLUSIÓ:

El càncer de mama és un diagnòstic que interfereix negativament en la vida de la persona i la seva família, el qual hi genera moltes preguntes i sentiments diferents.

La reconstrucció mamària es una alternativa clau en la recuperació dels pacients ja que contribueix a recuperar la imatge corporal, augmentar la seva autoestima i millorar la qualitat de vida.

La reconstrucció immediata és la tècnica més utilitzada, ja que la dona surt de quiròfan amb la mama reconstruïda i per tant presenta millors resultats físics i psicològics.

Infermeria ha de realitza un pla de cures individualitzat on s'englobi totes les necessitats de la pacient per així proporcionar una cuidatge holístic amb recuperació més ràpida i una disminució de risc de complicacions.

En ser detectada la malaltia, tant a la pacient com als familiars, infermeria ha de ser capaç de donar suport i resoldre els dubtès d'aquest amb l'ajut d'una bona educació sanitària. Tot això enforteix a la pacient i afavoreix l'adaptació a la nova vida.

BIBLIOGRAFIA:

1. OMS | Càncer de mama: prevenció y control. World Health Organization; [Internet]. [Consultat: 19/10/2015]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
2. SEOM| Càncer de mama. Sociedad Española de Oncología Médica. [Internet]. [Consultat: 02/10/2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=2>
3. Salvadó Usach MT, Bosch Príncep R, Navas García N, Pons Ferré L, Lejeune M, López Pablo C, et al. Estudio comparativo de la supervivencia del cáncer de mama según diagnóstico asistencial versus programa de detección precoz. Rev Senol y PatolMamar [Internet]. [Consultat: 02/10/2015] 29(1):13–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158215001188>
4. Musarezaie A, Zargham-Boroujeni A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. [Consultat: 27/01/2016]; 20(2):287–91. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4387657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Alvarado, M. G., Salazar, A. R., Ortiz, E. M., Rodríguez, E. E., & Villa, M. de los Á. A. (2012). Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación - afrontamiento. *Revista CUIDARTE*. [Internet].

- [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en:
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/28/634>
6. Gomes, N. S., Soares, M. B. O., & Silva, S. R. da. (2015). Self-Esteem and Quality of Life in Women Undergoing Breast Cancer Surgery. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 127–132. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20150030>
 7. Musarezaie, A., & Zargham-Boroujeni, A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 287–91. [Internet]. [Consultat: 20/02/2016]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4387657&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
 8. V., M. M. L., Jasson Choachí S., Á. P. G. J., Laydy León D., Á. M. O. C., & Luisa Fernanda Rodas R., Yuri Silva A., N. A. S. V. (n.d.). Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. [Internet]. [Consultat: 20/02/2016]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/cancer_seno.pdf
 9. Yueh, J. H., Slavin, S. A., Adesiyun, T., Nyame, T. T., Gautam, S., Morris, D. J., ... Lee, B. T. (2010). Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(6), 1585–95. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181cb6351>
 10. Furlan, V. L. A., Sabino Neto, M., Abla, L. E. F., Oliveira, C. J. R., Lima, A. C. de, Ruiz, B. F. de O., & Ferreira, L. M. (2013). Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(2), 264–269. [Internet]. [Consultat: 15/02/2016]. Disponible en:
 - a. <http://doi.org/10.1590/S1983-51752013000200016>
 11. Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de

- mama. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 31(2), 61–67. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200003>
12. Domínguez Gil, M. R., Acosta Mosquera, M. E., Méndez Martín, I., Maestre Ramos, I., Pedrote Ramírez, C., & Frutos Cantó, M. (n.d.). Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 18(4), 246–248. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Albert, U.-S., Zemlin, C., Hadji, P., Ziller, V., Kuhler, B., Frank-Hahn, B., ... Kalder, M. (2011). The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy. *Breast Care (Basel, Switzerland)*, 6(3), 221–226. [Internet]. [Consultat: 18/02/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1159/000329006>
 14. Torrealba, C. L., & Picazo, M. S. J. (2015, July 1). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *NURE Investigación*. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675>
 15. Elizabeth Mesquita Melo, Raimunda Magalhães da Silva, Rosa Maria Salani Mota, Marli Vilella Mamede, Andréa Gomes Linard, A. F. C. F. (n.d.). Orientación sistematizada de enfermería: instrumento para la recuperación de mujeres en el postoperatorio de mastectomía. Retrieved May 24, 2016. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: file:///C:/Users/Maricel/Desktop/EVIDENTIA,%20ISSN_%201697-638X.html
 16. Carrillo-Salvador, D., & Olvera-Gómez, J. (2014). Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 22(3), 153–8. [Internet]. [Consultat: 23/02/2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2014/eim143f.pdf>
 17. Moraes, D. C. de, Almeida, A. M. de, Figueiredo, E. N. de, Loyola, E. A. C. de, & Panobianco, M. S. (2016). Opportunistic screening actions for breast cancer

performed by nurses working in primary health care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(1), 14–21. [Internet]. [Consultat: 10/01/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>

18. Pereira Mendes, A. B., Da Costa Lindolpho, M., & Pinto Leite, A. (2012). La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enfermería Global*, 11(26), 416–426. [Internet]. [Consultat: 10/01/2016]. Disponible en: <http://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200026>

ANNEXOS

Annex 1. Criteris d'inclusió i exclusió

INCLUSIÓ	EXCLUSIÓ
<ul style="list-style-type: none"> • Originals. • Text complert. • Publicats entre el gener del 2009 i el gener del 2016. • L'idioma d'aquest articles ha de ser amb angles, espanyol i portuguès. • Articles de l'àmbit sanitari. • Estudis realitzats amb humans. • La cerca ha d'esta relacionada amb l'influència del càncer de mama i el rol d'infermeria en la qualitat de vida dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Text complert no disponible. • Publicat fora dels anys establerts. • Articles no relacionats amb l'àmbit sanitari. • Estudis sobre animals. • Amb un idioma no establert dintre de la criteris d'inclusió. • Revisions bibliogràfiques.

Annex 2: Cerca dels articles.

CERCADOR	RESULTATS	APLICACIÓ DE FILTRES	SELECCIONATS
CUIDEN			
Càncer de mama	837	236	3
Rol enfermeria AND càncer de mama	140	54	4

CERCADOR	RESULTATS	APLICACIÓ DE FILTRES	SELECCIONATS
SCIELO			
Càncer de mama AND enfermeria	70	47	5
Breast cancer and nursing and Quality of life	22	15	3
DIALNET			
Càncer de mama OR enfermeria	63	36	2
PUBMED			
Quality of life AND mastectomy	1346	149	4
Impact of breast care nurses	180	22	3
Mastectomy AND nursing techniques	306	70	3
CUIDATGE			
Càncer de mama AND Enfermeria	6	6	2

CERCADOR	RESULTATS	APLICACIÓ DE FILTRES	SELECCIONATS
BDENF			
Càncer de mama AND Enfermeria	6	6	1
RECERCA MANUAL			
---	7	7	7

Annex 3: Descripció dels articles seleccionats

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Vanessa Alves Lacerda Furlan, et al.	2013	Revista Brasilenya de cirurgia plàstica	Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama.	Estudi Qualitatiu de caràcter exploratori	Els resultats mostren que la funció emocional, considerat com un element clau en la qualitat de vida i autoestima presenta pitjor promig en els pacient que només s'havien sotmès a una mastectomia en relació amb el grup que va passar per la reconstrucció mamaria, el qual revela que les dones que no han estat reconstruïdes presenten una fragilitat emocional major.
Mónica Gallegos Alvarado, et. al.	2012	Revista d'investigació Cuidarte	Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento	Estudi descriptiu, observacional	<p>El programa de cures d'infermeria en pacients mastectomitzades a domicili es satisfactori, en quan a la qualitat de vida.</p> <p>El professional d'infermeria té aquí un paper fonamental en el suport tant en el pre i posoperatori com en la preparació per a la seva recuperació i disminució de les complicacions, facilitant un afrontament adequat que ens porti un nivell d'adaptació integrat a la seva nova situació de salut. Aquestes persones necessiten ser orientats juntament amb els seus familiars perquè tinguin una comprensió clara dels objectius del tractament i de les seves conseqüències.</p>

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Nathália Silva Gomes et. Al	2015	Revista mineira de enfermagem	Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama	Estudi transversal quantitatiu	L'impacte en la seva qualitat de vida es evident. La reconstrucció mamària va mostrar una influència positiva i significativa en la capacitat de la dona per dur a terme el seu dia a dia. L'autoestima està relacionada amb els problemes psicològics i físics, lo qual reafirma la importància dels sentiments positius sobre si mateix en les diferents experiències que et presenta la vida.
Amir Musarezaie, et al.	2014	revista iranian journal nursing midwifery research	Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy	Estudi descriptiu, correlacional transversal	Els resultats mostren que la qualitat de vida es afectada en tots els sentits. Els pacients necessiten recolzament social, emocional i espiritual per la realització de les seves teràpies amb menys estrès. Infermeria ha de rebre els coneixements necessaris per poder tractar els diferents factors que afecten a la qualitat de vida del pacient, amb la finalitat de millorar la seva salut.
María Mercedes Lafaurie V.	2011	Revista colombiana de enfermería	Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados	Estudi qualitatiu	El càncer de mama constitueix un esdeveniment advers en les vides de les dones, que les afecta no només a elles sinó a les seves famílies. Per les dones més joves es imprescindible la reconstrucció mamària per poder superar la malaltia, en canvi les dones amb edat més adulta determinen que no es una prioritat per la seva vida ja pateixen que aquest tipus d'intervenció els afecti i prefereixen assumir la mastectomia sense reconstruir.

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Paula Ruiz Carreño, et al.	2012	Revista Index de enfermeria	Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perpespectiva enfermera.	Estudi observacional, transversal i analític.	Els resultats del estudi confirma que després de quatre o més anys de diagnòstic, les dones participants amb el estudi descriuen problemes en totes les dimensions valorades amb els qüestionaris aplicats, pel que es proposa desenvolupar plans de cures d'infermeria centrat amb les dimensions més afectades.
María Rosario Dominguéz Gil, et. al.	2009	Revista index enfermeria	Evaluación de la Calidad de vida tras el tratamiento primario de cancer de mama	Estudi descriptiu transversal	El tractament primari del càncer de mama continua incapacitant a les pacients , entre sis i nou mesos després de finalitzar-lo. El dolor i es efectes secundaris del tractament, dificulta que la pacient continuï desenvolupant amb normalitat les activitats de la vida diària.Els afecta en les àrees del rol emocional i qualitat de vida.
Rafael Blanco-Sánchez	2010	Revista Elsevier	Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico.	Metodologia d'investigació qualitatiu de trajectòria fenomenologica.	De les dones participants, les joves, universitàries, de classe social mitja i les majors de 40 anys amb estudis primaris, es reconstrueixen la mama. Les universitàries de classe social mig-alta no es realitzen la reconstrucció. Negocien d'una altra manera la seva relació de parella.
Rafael Blanco-Sánchez	2010	Revista index de enfermeria	Feminine body imatge and sexuality in women with breast càncer.	Estudi qualitatiu fenomenològic	Patir un càncer de mama pot portar al trencament de la relació amb les seves parelles i ser viscut per elles com un problema afegit. Però això no afectarà la majoria de dones, ja que estan acompanyades en tot moment per les seves parelles

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Janet H. Yueh, M.D	2010	Revista Americana Plastic and recnstructiv e Surgery	Patient Satisfaction in Postmastectomy Breast Reconstruction: A Comparative Evaluation of DIEP, TRAM, Latissimus Flap, and Implant Techniques.	Estudi transversal, enquesta de salut	<p>La reconstrucció mamària envers la mastectomia, té un impacte psicològic positiu sobre el pacient , el qual contribueix a tenir una millor qualitat de vida.</p> <p>Entre les diferents tècniques de reconstrucció, la aleta dorsal ample es la que presenta més satisfacció estètica i emocional, ja que es per endoscòpia, les cicatrius són menors i per tant l'adaptació i recuperació són menors.</p>
Young Sun, et al.	2013	Revista Japanese Journal of Clinca Oncology	Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer	Estudi transversal	Els supervivents de càncer de mama que es van sotmetre a la cirurgia conservadora de la mama, van obtenir resultats més positius en respecte a la funció emocional i social, imatge corporal i autoestima, per tant la qualitat de vida va ser millor respecte a la mastectomia i reconstrucció immediata.
Dubashi B, et. al.	2010	Revista Indian Journal of Cancer	Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary cancer institute in south India	Estudi transversal, enquesta de salut	<p>L'efecte de càncer de mama a l'estat d'ocupació i marital sembla ser mínima. La qualitat de vida i la funció sexual són lleugerament millor en el grup de conservació de la mama, en comparació amb el grup de la mastectomia.</p> <p>La preparació de les dones per enfrontar l'impacte de la nova malaltia com es el càncer de mama i problemes posteriors poden millorar la seva qualitat de vida.</p>

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Priscila Ribeiro Huguet, et al.	2009	Revista Brasileira de Ginecologi a e obstetricia	Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama	Estudi observacional analític transversal	Un major estatus socioeconòmic i nivell educatiu, la relació de parella estable i la cirurgia amb la reconstrucció mamària s'associa a una millor qualitat de vida .
Elizabeth Mesquita Melo, et. al.	2011	Revista de enfermeria basada en la. Evidentia	Orientación sistematizada de enfermería: instrumento para la recuperación de mujeres en el postoperatorio de mastectomía	Estudi experimental, assaig clínic	<p>L'orientació sistematitzada d'infermeria en el postoperatori de la mastectomia posseeix un valor inestimable, ja que proporciona a la dona l'aclariment de dubtes sobre la malaltia i la pròpia cirurgia, a més de possibilitar l'adopció de cures favorables a una recuperació més ràpida.</p> <p>Les dones que van tenir orientació en el postoperatori presentaven respostes físiques i emocionals més satisfactòries, respecte a les altres dones que no van tenir orientació en el postoperatori.</p>
UteSusann Albert	2011	Revista breast care	The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy	Estudi transversal, tipus enquesta	L'estudi permet concloure que les infermeres exerceixen un paper important i especial en la cura del pacient de càncer de mama, el qual té un impacte positiu en els pacients. La infermeria especialitzada en atenció a la mama, millora l'adherència i satisfacció en el tractament de pacients amb càncer de mama. Per tant, la formació contínua d'infermeria especialitzada és un objectiu important.

AUTOR	ANY	PUBLICAT	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Diana Carrillo Salvador, et.al.	2014	Revista de enfermeria instituto Mexicano seguro social	Conocimiento del personal de enfermeria sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomia	Estudi transversal descriptiu.	<p>El seguiment del personal d'infermeria en la cura de la dona post operada es fonamental per la seva recuperació .</p> <p>Es va demostrar que aquelles dones que rebien una bona orientació per part d'infermeria, es van adaptar més ràpid a la seva vida diària i van disminuir les complicacions. Les pacients que no van rebre un seguiment i cures adequats per part d'infermeria van patir afectació emocional i va influir negativament en el procés d'adaptació.</p>
A.B. Pereira Mendez, et al.	2012	Revista enfermería global	La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas	Estudi d'investigació descriptiva.	<p>Les dones assistides per l'infermera especialitzada siguin informades sobre la malaltia i la peculiaritat dels tractaments i cures que deuen ser preses a partir del moment del diagnòstic. A través d'aquest tipus d'assistència de infermeria, la cura es fa individualitzat i el client podrà involucrar-se més en l'autocura.</p>
Cynthia Virdiana Ole Futiérrez, et al	2012	Revista de enfermeria. ENE	Modelo de cuidado de enfermeria para la mujer con cáncer e mama a través de la integración de la dimensión espiritual.	Estudi Observacional	<p>S'origina la proposta de realitzar un model amb la finalitat d'integrar la dimensió espiritual a la cura que brinda el professional d'infermeria a les dones que pateixen el càncer de mama. El desenvolupament d'aquest model, comporta un creixement personal i professional en els malalts i a la sanejament de les dones que viuen el càncer de mama. Implica que els infermers facilitin la comunicació centrat en l'espiritual harmoniosament durant la cura.</p>

AUTOR	ANY	BASE DE	TITOL ARTICLE	TIUS D'ESTUDI	CONCLUSIÓ
Cristina Leal Torrealba, et al.	2015	Revista Nure investigació	Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología.	Revisió bibliogràfica	Conèixer les intervencions d'infermeria, malalts preparats i un equip multi i interdisciplinari amb un pla de cures són la clau per a un enfrontament del càncer de mama permetent així una cura holístic del pacient.
Elisabeth Melino Vieira, et al.	2014	Revista latino-Americana Enfermagem	Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación.	Estudi qualitatiu basat en la teoria dels Scripts Sexuals	L'experiència el càncer conté aspectes culturals, relacionats i subjectius que interfereixen amb la vida sexual, així el professional de la salut ha d'estar atent a ells per a millorar l'atenció integral de la salut.
Débora Cherchiglia de Moraes, et al.	2016	Revista da escola de Enfermagem da USP	Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care.	Estudi descriptiu, transversal.	Cal invertir en la formació i la gestió de la detecció del càncer de mama professional.

