



THE CLINICAL TRIAL ON THE EFFECTIVENESS OF NURSING CARE IN THE POST-OPERATORY OF MASTECTOMY

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMÍA

ENSAIO CLÍNICO SOBRE A EFETIVIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA

Elizabeth Mesquita Melo¹, Ana Fátima Carvalho Fernandes², Francisca Elisângela Teixeira Lima³, Raimunda Magalhães da Silva⁴, Dafne Paiva Rodrigues⁵, Diva Teixeira de Almeida⁶

ABSTRACT

Objective: to know the effectiveness of nursing orientation in the immediate post surgery of mastectomy for physical recovery of the woman. **Methodology:** clinic essay, with two groups, intervention (A) and Control (B), being 40 in each group, selected at random. The data was collected between November, 2006 and March, 2007 in an institution which is specialized in oncology, Fortaleza-Ceará. The population was composed of women who were submitted to surgeries during this period. The data was organized and analyzed quantitatively and submitted to statistical analysis. The significance level of the tests was considered equal to 5%. To compare the incidence between groups was used the Fisher exact test. When was verified significant difference ($p \leq 0,05$) between the incidences were estimated the relative risk (RR) and confidence intervals (CI), with 95% confidence. The Project was approved by the ethical committee of the institution (FR-70574; CAAE no. 0036.0.036.000-05). **Results:** 57,5% of the group A restarted physical activities after the surgery, which was observed in 7,5% of the group B ($p < 0,001$). More surgical complications occurred in the group B (92,5%) in relation to the group A (57,5%). This group presented less difficulty to handle the suction drain (7,5%), being observed 31,6% in the group B ($p = 0,009$). **Conclusions:** the nursing orientation in the post surgery of mastectomy is relevant since it provides elucidation of doubts about the disease and the surgery, making possible a faster recovery of the woman. **Descriptors:** assistance; nursing; mastectomy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad de la asistencia de enfermería en el postoperatorio inmediato de mastectomía para la readaptación física de la mujer. **Método:** ensayo clínico con dos grupos, intervención (A) y control (B), con 40 mujeres cada, seleccionadas al azar. Datos colectados entre noviembre de 2006 y marzo de 2007, en una Institución especializada en oncología, Fortaleza-Ceará. La muestra constó de mujeres que realizaron cirugía en este periodo. Datos organizados y analizados cuantitativamente, sometidos a análisis estadístico. Se consideró el nivel de significancia igual a 5%. Para comparar las incidencias entre los grupos fue utilizado el Test exacto de Fisher. Cuando se verificó diferencia significativa ($p \leq 0,05$) entre las incidencias, fue estimado el Riesgo Relativo (RR) y los intervalos de confianza (IC), establecidos en 95%. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución (FR-70574; CAAE no. 0036.0.036.000-05). **Resultados:** 57,5% del grupo A retornaron las actividades físicas después de la cirugía, hecho observado en un 7,5% del grupo B ($p < 0,001$). Fueron manifestadas dudas sobre las actividades por 57,5% del grupo B y 37,5% del grupo A. Hubo un porcentaje mayor de complicaciones quirúrgicas en el grupo B (92,5%) en relación al grupo A (57,5%). El grupo A presentó menos dificultad para manipular el drenaje de succión (7,5%), comparándolo con el grupo B (31,6%) ($p = 0,009$). **Conclusiones:** La orientación de enfermería en el postoperatorio de mastectomía es relevante, pues permite la aclaración de dudas sobre la enfermedad y la cirugía, posibilitando una recuperación más rápida de la mujer. **Descriptor:** asistencia; enfermería; mastectomía.

RESUMO

Objetivo: avaliar a efetividade da assistência de enfermagem no pós-operatório de mastectomia, para a readaptação física da mulher. **Método:** ensaio clínico com dois grupos, intervenção (A) e controle (B), compostos por 40 mulheres cada, selecionadas aleatoriamente. Os dados foram coletados entre novembro de 2006 e março de 2007, em uma instituição especializada em oncologia, Fortaleza-Ceará. A amostra constou de mulheres que realizaram cirurgia nesse período. Os dados foram organizados e analisados quantitativamente, submetidos à análise estatística. O nível de significância dos testes foi considerado igual a 5%. Para comparar as incidências entre os grupos foi utilizado o Teste exato de Fisher. Quando se verificou diferença significativa ($p \leq 0,05$) entre as incidências, foi estimado o Risco Relativo (RR) e os intervalos de confiança (IC), estabelecidos em 95%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (FR-70574; CAAE no. 0036.0.036.000-05). **Resultados:** 57,5% do grupo A retornaram às atividades físicas depois da cirurgia, fato observado em 7,5% do grupo B ($p < 0,001$). Foram manifestadas dúvidas sobre as atividades por 57,5% do grupo B e 37,5% do grupo A. Houve uma porcentagem maior de complicações cirúrgicas no grupo B (92,5%) em relação ao grupo A (57,5%). O grupo A apresentou menos dificuldades para manipular o dreno de sucção (7,5%), comparado com o grupo B (31,6%) ($p = 0,009$). **Conclusões:** a orientação de enfermagem no pós-operatório de mastectomia é relevante, pois permite o esclarecimento de dúvidas sobre a doença e a cirurgia, possibilitando uma recuperação mais rápida da mulher. **Descritores:** assistência; enfermagem; mastectomia.

¹Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad de Fortaleza. Enfermera de Hospital São José de Enfermedades Infecciosas y Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. E-mail: elizjornet@yahoo.com.br; ²Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Federal de Ceará. E-mail: afcana@ufc.br; ³Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Federal de Ceará. E-mail: felisangela@yahoo.com.br; ⁴Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Federal de Ceará. E-mail: rmsilva@unifor.br; ⁵Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Estadual de Ceará. E-mail: Dafne_pr@uol.com.br; ⁶Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad de Fortaleza. E-mail: divalmeida@unifor.br

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo y el primero entre las mujeres. Su incidencia presentó un crecimiento continuo en la última década, quizás por los cambios socio-demográficos y una mayor facilidad de acceso a los servicios de salud.¹

Según Cancer Statistics, en 2008 hubo 182.460 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres en Estados Unidos, con 40.480 muertes.² En Brasil, según estima el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), el número de casos nuevos esperados en 2010 fue de 49.240, con un riesgo estimado de 49 casos por cada 100 mil mujeres (BRASIL, 2010).¹

Al ser confirmado el cáncer de mama, uno de los tratamientos al que la mayoría de las mujeres es sometida es la mastectomía, cuyos resultados podrán afectarlas física, emocional y socialmente.³

Frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta, generalmente, sentimientos de miedo, tristeza y negación. Asocia la enfermedad a muerte y a la castración de un órgano significativo, como la mama, considerada símbolo de feminidad.⁴

La mastectomía es una cirugía que suele ocasionar diversos sentimientos entre las mujeres, incluyendo el miedo y la vergüenza, así como la desesperanza en relación a la cura. Así, es fundamental el seguimiento del enfermero en todas las fases del tratamiento, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el procedimiento quirúrgico.

Estudios anteriores mostraron las dificultades vividas por la mujer mastectomizada en relación a los cuidados en el postoperatorio, así como la falta de conocimiento sobre posibles complicaciones después de la cirugía.⁴⁻⁶

Por esto es importante el seguimiento del enfermero en el postoperatorio, pues posibilita una mejor readaptación y una convivencia menos traumática con esta situación. Desde este punto de vista, el enfermero desempeña un papel importante, promoviendo orientaciones y cuidados, para una mejor recuperación de la mujer.

Después de la mastectomía, deben tomarse algunos cuidados, como el examen mensual del local operado, buscando alteraciones en la temperatura o en la coloración de la piel y la aparición de otros nódulos. La presencia de alteraciones debe ser comunicada inmediatamente al profesional responsable

por el seguimiento de la paciente. Además, es importante el ejercicio y la realización de actividades diarias, asociadas al ocio.³

La paciente que realizó cirugía de mastectomía con vaciamiento axilar debe evitar cargar peso en el lado de la mama operada, evitar rasguños o cortes, evitar tomar mucho sol, utilizar protector solar y cremas hidratantes, entre otros cuidados esenciales.

La mujer vive momentos de estrés, por causa de la retirada total o parcial de la mama, que altera su imagen corporal. En el postoperatorio inmediato son necesarios varios cuidados para que la recuperación sea satisfactoria, incluyendo la manipulación adecuada del drenaje, cuidados con el brazo y con la herida de la operación.⁷

Diversos factores contribuyen para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos en la actualidad, como el perfeccionamiento de la anestesia y la profilaxis antibiótica. La cirugía para tratamiento del cáncer de mama, sin embargo, puede ir acompañada de complicaciones, ocasionando impacto en la calidad del tratamiento y costes asociados.⁸

El postoperatorio de mastectomía requiere algunos cuidados, especialmente con el brazo del lado de la mama operada. Después de la mastectomía, la mujer pasa a enfrentar situaciones difíciles tanto en el postoperatorio inmediato, como en el postoperatorio tardío. Entre las repercusiones físicas, se destacan: dolores en la región quirúrgica, limitación de los movimientos del miembro homolateral a la cirugía, edema, seroma, necrosis, linfedema, hemorragia, dehiscencia de sutura, lesión nerviosa, granuloma y quemadura, entre otras.⁴

Como la mujer, actualmente, recibe el alta precozmente, es necesario que tales cuidados sean orientados de forma adecuada y efectiva, durante la hospitalización, extendiéndose al período postoperatorio mediato y tardío, reduciendo, consecuentemente, el riesgo de complicaciones.

El enfermero desempeña un papel significativo como educador en salud, pues trabaja continuamente con la paciente, en la internación o en la asistencia ambulatoria, identificando problemas y buscando soluciones.⁴

Frente a lo expuesto, vale destacar la importancia de los estudios que buscan evaluar la intervención del enfermero en el postoperatorio de mastectomía, intentando contribuir para su recuperación y una

reducción de las complicaciones. Sin embargo existe una laguna en esta área, pues no fueron identificadas investigaciones que abordasen este aspecto, siendo más común el enfoque a las complicaciones postoperatorias.

OBJETIVO

- Evaluar la efectividad de la asistencia de enfermería en el postoperatorio inmediato de mastectomía para la readaptación física de la mujer.

MÉTODO

Estudio experimental del tipo ensayo clínico randomizado controlado, realizado con dos grupos, denominados grupo intervención (grupo A) y grupo control (grupo B), compuestos por 40 mujeres cada uno. Se aplicó una intervención en el grupo A, en el postoperatorio inmediato de mastectomía, para una posterior observación de sus efectos en comparación al grupo B, en que no fue realizada la intervención.

Muestra formada por pacientes que realizaron cirugía de mama en una institución filantrópica, especializada en Oncología, localizada en Fortaleza-Ceará-Brasil, durante el periodo de octubre de 2006 a marzo de 2007, totalizando 123 mujeres.

Como se trabajó con un determinado periodo, no fue realizado el cálculo del tamaño muestral, pues todas las pacientes que realizaron cirugía en el referido período fueron consideradas como posibles participantes, según los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron: haber realizado mastectomía radical, radical modificada o cuadrantectomía; y estar bajo seguimiento médico. Los criterios de exclusión incluyeron: haber realizado solo la escisión del nódulo (tumorectomía); tener tumores en otros lugares, además del primario, con necesidad de cirugía; no tener condiciones de responder a las cuestiones expresadas por la investigadora, ya sea por causa de la edad, nivel de consciencia, patologías asociadas, gravedad del cuadro o deficiencia en la comunicación; y sufrir algún tipo de alteración psicológica que pudiera interferir en las orientaciones.

Del total de 123 mujeres, después de

aplicados los criterios de exclusión, fueron eliminadas 43. De estas, 42 realizaron solamente tumorectomía; y una realizó mastectomía radical modificada (MRM), con biopsia de linfonodo centinela (BLNS) y reconstrucción mamaria. Esta, sin embargo, se encontraba muy abatida emocionalmente.

Así, la muestra quedó compuesta por 80 mujeres, siendo 40 en el grupo A y 40 en el grupo B, elegidas en semanas alternadas, o sea, una semana era destinada al grupo A y la semana siguiente al grupo B y así sucesivamente.

Los datos fueron colectados de noviembre de 2005 a marzo de 2006, utilizando cuatro instrumentos, según el grupo al cual pertenecían las mujeres. Fue utilizada una ficha para el levantamiento de los datos del historial de los pacientes de los dos grupos, para caracterizar la muestra. No había enmascaramiento del investigador, ya que la propia investigadora administraba el cuestionario de recogida de datos y sabía a que grupo pertenecía cada paciente.

Las variables consideradas en el estudio enfocaron la caracterización de las mujeres: edad, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, procedimiento quirúrgico realizado, diagnóstico y mama afectada; y los aspectos físicos: retorno a las actividades después de la cirugía, complicaciones quirúrgicas, manipulación del drenaje y cuidados con el brazo del lado operado.

La colecta de datos fue realizada en tres etapas. La primera y la segunda enfocaron solo el grupo A y la tercera ambos grupos. El grupo A tuvo un seguimiento de enfermería en el postoperatorio inmediato (cuando todavía se encontraba en la enfermería), siendo utilizado un guión de orientaciones de enfermería, elaborado con base en las publicaciones sobre el tema (figura 1). En este momento eran realizadas orientaciones sobre los cuidados fundamentales en el postoperatorio, incluyendo cuidados con el brazo y con la herida operatoria. Posteriormente, en el retorno de la primera semana (postoperatorio mediato), fue realizado el segundo contacto, reforzando las orientaciones realizadas anteriormente.

Parámetro	Orientaciones
Cuidados con la herida quirúrgica	Observar alteraciones en la herida (enrojecimiento, secreción, dolor) y comunicar al médico responsable; tomar baño manteniendo el chorro de agua lejos de la incisión y secarla bien, para evitar maceraciones.
Cuidados con el drenaje de aspiración	Observar el aspecto de la secreción y medir en contenido drenado tres veces por día, lavando siempre las manos antes y después del procedimiento; cerrar la traba; descartar el contenido del drenaje; anotar la fecha, hora y volumen drenado; apretar el drenaje, fechar la tapa roja con el drenaje apretado y a continuación abrir la traba azul; observar alteraciones en el lugar del drenaje.
Cuidados con el miembro del lado de la cirugía	Evitar actividades de riesgo (jardinería, cocina y limpieza) y, en el caso de tener que realizarlas, utilizar guantes de protección; usar dedal para coser. Evitar compresión en el brazo (ropas apretadas, joyas y relojes); no exponer el brazo al sol sin usar filtro solar con FPS alto; evitar medir PA y evitar tomar inyecciones y vacunas en el brazo del lado operado. Evitar tirar las cutículas de las uñas y prevenir el exceso de peso; mantener el brazo elevado, el mayor tiempo posible, especialmente durante la noche (uso de almohada); aplicar crema en las manos para evitar resecaamiento de la piel; evitar depilar la axila con cuchilla, por el riesgo de cortes e irritación; prevenirse contra picaduras de insectos; utilizar repelente; evitar quemaduras en el brazo y en el caso de que ocurran comunicar al médico responsable; frente a cualquier herida en el brazo, higienizar con agua y jabón y acudir a una unidad de atendimento, así como en el caso de observar enrojecimiento, dolor o hinchazón en el brazo; realizar actividades de rutina leves (peinarse, cepillar los dientes, etc.), respetando los límites de dolor y resistencia.

Cuadro 1. Guión de orientaciones de enfermería. Fortaleza, 2007.

Después de una media de 30 días, cuando la mujer volvía a la Institución para consultas de rutina o sesiones de fisioterapia, era realizada la evaluación de la readaptación de la mujer, utilizando un instrumento de evaluación de las orientaciones de enfermería, también aplicado al grupo B, para el análisis comparativo. Este grupo recibió solamente las orientaciones de rutina de la Institución.

El instrumento utilizado para evaluar las orientaciones realizadas contenía preguntas relacionadas a los cuidados necesarios después de la cirugía, con respuestas de tipo dicotómico (sí/no).

La identificación de las participantes se hizo en la Institución, consultando el mapa de cirugías en el periodo, el libro de incidencias de enfermería y buscando el número del historial para posterior identificación de la fecha de los retornos.

Datos organizados y analizados de forma cuantitativa. Se utilizó el Programa Microsoft Office Excel 2003, para crear un banco de datos. Fue considerado el nivel de significancia de los test igual a 5%. Para la comparación de las incidencias entre los grupos se utilizó el Test exacto de Fisher. Cuando se verificó una diferencia significativa ($p \leq 0,05$) entre las incidencias, se estimaron también el Riesgo Relativo (RR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC), establecidos en 95%.

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital

del Cáncer de Ceará (FR-70574; CAAE no. 0036.0.036.000-05). Las mujeres de ambos grupos firmaron una autorización, después de una explicación sobre los objetivos e importancia del estudio, y se les ofreció garantía de anonimato y libertad para desistir del estudio a cualquier momento, sin perjuicio en la atención recibida en la Institución.⁹

RESULTADOS

La media de edad de las pacientes en el Grupo B fue 54,5 años y en el Grupo A 52,9 años ($DS=13,6$), $p=0,593$. La mayoría de las mujeres de ambos grupos eran casadas (57,5%) o tenían compañero, siendo 25 (62,5%) en el grupo B y 21 (52,5%) en el grupo A ($p=0,498$). En cuanto a la procedencia, en el grupo B, 25 pacientes (62,5%) eran procedentes del interior del Estado, mientras que en el grupo A este porcentaje fue de 57,5%, correspondiendo a 23 mujeres ($p=0,820$). La mayoría de las participantes de los dos grupos tenían enseñanza fundamental y eran amas de casa.

La mastectomía radical modificada con vaciado axilar fue el procedimiento más realizado entre las mujeres, con 20 (50%) en el grupo B y 25 (62%) en el grupo A. El diagnóstico más común fue el carcinoma ductal infiltrante, siendo 24 (50%) en el grupo B y 23 (57,7%) en el grupo A, siendo la mama más afectada la izquierda (56%). En el grupo B, la mama más afectada fue la izquierda con 26 mujeres (65%). En el grupo A, predominó la mama derecha con 21 mujeres (52,5%). El

cuadrante superior externo fue el más afectado, con 17 mujeres (42,5%) en el grupo control y 15 (37,5%) en el grupo intervención.

En cuanto al retorno a las actividades físicas post-cirugía, 23 (57,5%) de las mujeres del grupo A realizaban actividades que beneficiaban la recuperación, hecho observado en tres mujeres (7,5%) del grupo B, con diferencia significativa ($p < 0,001$) y riesgo relativo (RR) del grupo-control en relación al grupo-intervención igual a 0,130.

Fueron identificadas 14 mujeres en el grupo control (35%) y solamente dos en el grupo intervención (5%) que evitaban realizar actividades físicas por miedo, habiendo diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,001$) y $RR = 7,00$.

Hubo un porcentaje mayor de complicaciones quirúrgicas en el grupo B, 37 (92,5%) en relación al grupo A, 23 (57,5%). La complicación más frecuente, en ambos grupos, fue el seroma (22 mujeres - 55% en el grupo B y 17 - 42,5% en el grupo A), seguido de infección en la herida quirúrgica, con 10 (25%) en el grupo B y 4 (10%) en el grupo A. La dehiscencia de sutura ocurrió en 5 mujeres (12,5%) en el grupo B y dos (5%) en el grupo A.

El grupo A presentó menos dificultad para manipular el drenaje de succión, tres (7,5%), comparado al grupo B, con 12 mujeres (31,6%), habiendo diferencia significativa ($p = 0,009$); $RR = 0,740$.

No hubo diferencia significativa en cuanto a la realización de las actividades de rutina por las mujeres de ambos grupos, o sea, la mayoría procuró realizar actividades como peinarse, tomar baño y cepillarse los dientes.

Fueron manifestadas dudas sobre las actividades por 57,5% de las mujeres del grupo B y 37,5% del grupo A, aunque sin diferencia significativa.

Fueron identificadas 14 mujeres del grupo control (35%) y solamente dos del grupo intervención (5%) que evitaban realizar actividades físicas por miedo, habiendo diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,001$) y $RR = 7,00$.

En cuanto a las actividades de riesgo (jardinería, cocina y costura), un porcentaje pequeño de mujeres relató que las realizaban, sin embargo resaltaron que utilizaban equipamientos de protección.

El uso de crema hidratante para la protección de la piel del brazo homolateral a la cirugía contra resecaamiento, así como de repelentes para la prevención de picaduras de insectos fue más evidente en el grupo A que

en el B, aunque sin diferencia significativa.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población femenina, afectando principalmente, mujeres con edad superior a 40 años.¹⁰

La enfermedad expone a las mujeres a una serie de dificultades, como los cambios físicos, principalmente la limitación de los movimientos del miembro superior correspondiente al lado de la mama afectada, llegando a imposibilitarlas para realizar las actividades domésticas y profesionales, que ejercían anteriormente.³

Es común la limitación de actividades físicas por parte de algunas mujeres, después de la mastectomía, lo que puede estar asociado al miedo, hecho demostrado predominantemente por las mujeres del grupo B.

Hubo un porcentaje mayor de complicaciones quirúrgicas en el grupo B en relación al grupo A, siendo la complicación más común el seroma. Tal hecho puede estar asociado a las orientaciones realizadas en el postoperatorio inmediato al grupo A, donde fueron abordados los principales cuidados con la herida operatoria y con el drenaje de succión.

Las orientaciones a respecto de la enfermedad y de los tratamientos establecidos contribuyen de forma significativa a una readaptación física y social de la mujer, además de tranquilizarlas en relación a la posibilidad de realizar determinadas actividades.³

La enfermería asume un papel fundamental en el desarrollo de acciones educativas que ayuden a las pacientes y a sus cuidadores a adquirir conocimiento y habilidades sobre los varios aspectos del auto-cuidado, contribuyendo para la rehabilitación.¹¹

El seroma es la complicación más común. Esta patogénesis todavía no está suficientemente elucidada, estando frecuentemente asociada a otras complicaciones.¹²

Un estudio con pacientes mastectomizadas identificó el seroma como la complicación postoperatoria más frecuente (54,3%), siendo mayor que la relatada en las publicaciones sobre el tema. La infección en el miembro superior fue una complicación poco frecuente, siendo todavía menor en la cicatriz quirúrgica.¹³

En cuanto a la manipulación del drenaje de succión, el grupo A presentó menos dificultades en comparación con el grupo B. Puede deducirse que la orientación realizada junto al grupo A, asociada a la demostración práctica, contribuyó al aprendizaje sobre la manipulación del drenaje.

La mujer tiene necesidad de obtener informaciones sobre los cuidados con el drenaje y la cicatrización de la herida, cuidados con el brazo y hombro homolaterales a la cirugía, la prevención de las complicaciones infecciosas y el diagnóstico precoz así como a respecto del tratamiento que será realizado después de la cirugía, para el éxito del tratamiento del cáncer de mama y de la recuperación post-cirugía.⁷⁻⁸

Es fundamental la orientación a los cuidadores de las mastectomizadas sobre el sistema de drenaje cerrado utilizado en la mastectomía para la reducción de las complicaciones asociadas, como la obstrucción del mismo.¹²

Así, las mujeres podrán contar con la ayuda, también, de sus familiares y/o cuidadores, en el sentido de prevenir complicaciones referentes al drenaje.

Algunos cuidados son esenciales para la utilización óptima del drenaje en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, entre los cuales podemos destacar: la utilización de drenaje con vacío eficiente, drenajes con diámetro adecuado para que haya una perfecta salida de la secreción y vigilancia constante para la prevención de obstrucciones.⁸

El manejo correcto del drenaje incluye cuidados con la preservación del vacío para el continuo drenaje de la secreción, para evitar la obstrucción del sistema de drenaje con coágulos de sangre. Son necesarios cuidados relacionados a la medición del contenido drenado, el cual debe ser anotado, realizando además, cuidados de higiene en el lugar de inserción del drenaje y en la herida quirúrgica. Dichos cuidados contribuirán para la prevención de complicaciones, que pueden causar ansiedad a la mujer y a sus familiares.⁷

Es importante que la mujer mastectomizada adopte determinados comportamientos, con el propósito de prevenir la ocurrencia de complicaciones en el brazo del lado de la mama operada. Es fundamental que la mujer retome, de forma gradual, a las actividades cotidianas, tales como peinarse, tomar baño, cepillarse los dientes, entre otras, procurando realizarlas

sin ayuda, respetando sus límites. Las mujeres incluidas en los dos grupos relataron la realización de estas actividades.

La rehabilitación física precoz de las mujeres tiene como objetivo principal prevenir complicaciones que limiten la libertad de movimientos del miembro del lado de la cirugía. Es importante reforzar las orientaciones, para minimizar el miedo al dolor.¹⁴

Las principales estrategias de cuidados de enfermería para la recuperación de la mujer en el postoperatorio de mastectomía conciben con la prevención de complicaciones relacionadas a la incisión quirúrgica, el drenaje, la rehabilitación física y cuestiones relacionadas a los sentimientos y miedos.¹⁵

La orientación proporcionada a las pacientes del grupo A facilitó su comprensión sobre la importancia de retomar las actividades después de la cirugía, llamando su atención sobre los cuidados relativos a determinadas actividades que podrían perjudicar su recuperación.

En la práctica clínica, se observa que las mujeres sometidas a mastectomía muestran necesidad de informaciones relativas a los cuidados indispensables en el postoperatorio. Las informaciones deben ser claras y objetivas, sin muchos datos técnicos, englobando las diferentes etapas de la recuperación, tales como: la retirada del drenaje, el proceso de cicatrización, además de orientaciones sobre otros cuidados específicos.⁵

Es importante que el enfermero identifique las necesidades de una paciente mastectomizada, para establecer cuidados más efectivos en el programa de asistencia, respetando su integridad e individualidad, facilitando una completa rehabilitación, tanto física como emocional, lo que contribuirá mejorar su calidad de vida.³

Además del impacto psicológico que ocasiona, la neoplasia mamaria expone a las mujeres a muchas dificultades.¹⁶ Dichas dificultades están relacionadas principalmente a la readaptación de la mujer después de la mastectomía.

CONCLUSIONES

Las mujeres de ambos grupos se encontraban un poco molestas después del procedimiento quirúrgico, siendo en menor proporción las del grupo A, lo que puede estar relacionado a la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato a este grupo.

Así, se evidencia que la orientación de enfermería en el postoperatorio inmediato de mastectomía es fundamental para la readaptación física de la mujer. Se sugiere, que la asistencia se extienda, también, al postoperatorio mediato y tardío, ya que las dificultades vividas por la mujer mastectomizada van más allá de la cirugía.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Instituto nacional de câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer Statistics, 2008. *CA Cancer J Clin*. 2008;58(2):71-96.
3. Fernandes AFC, Santos MCL, Silva RM. Câncer de mama: como detectar e cuidar. Fortaleza: editora UFC; 2005.
4. Melo EM, Silva RM, Almeida AM, Fernandes AF, Rego CDM. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global* [Internet]. 2007 [cited 2010 June 16];(10):[about 5 p.]. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>
5. Oliveira MS, Fernandes AFC, Melo EM, Barbosa ICFJ. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Revista Cubana de Enfermer* [Internet]. 2005 [cited 2010 June 10];21(2):1-1. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200011&lng=es
6. Fernandes AFC, Melo EM, Araújo IMA, Carvalho ZMF. Aspectos culturais en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en Enfermería*. 2005;23(2):28-35.
7. Gozzo TO. Movimentação precoce do braço no controle do seroma pós-linfadenectomia axilar. Ribeirão Preto (SP). Dissertação [dissertação de mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
8. Barbosa HF, Reis FJC, Carrara HHA, Andrade JM. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(3):227-32.
9. Brasil, CNS. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Bioética*. 1996;4(2):15-25.
10. Boff MI, Stein A, Boff RA, Cancian F. Biópsia de linfonodo sentinela em câncer de mama: Experiência pessoal. *Revista da AMRIGS Porto Alegre*. 2006;50(3):211-6.
11. Gutiérrez MGR, Pinelli FGS, Areias VL, Barbi T. Avaliação de um programa educativo sobre os cuidados com o sistema de drenagem para cuidadores de mulheres mastectomizadas. *Acta Paul Enf*. 2004;17(4):2004.
12. Stehbens WE. Postmastectomy serous drainage and seroma: probable pathogenesis and prevention. *ANZ J Surg*. 2003;73(1):877-80.
13. Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ). Dissertação [dissertação de mestrado] - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
14. Gutiérrez MGR, Bravo MM, Chanes DC, De Vivo MCR, Souza GO. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta Paul Enf*. 2007;20(3):249-54.
15. Coelho MS, Sampaio MSB, Pereira ER, Martins CC, Silva RMCRA, Medeiros CL. Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 13];4(1):309-15. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/472>
16. Viana CDMR, Pereira MLP, Moreira TMM, Alexandre SG. Câncer de mama: levantamento da produção científica brasileira de 2001 a 2008. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 10];3(1):80-54. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/267>

Sources of funding: No
 Conflict of interest: No
 Date of first submission: 2011/11/29
 Last received: 2012/03/20
 Accepted: 2012/03/21
 Publishing: 2012/04/01

Corresponding Address

Elizabeth Mesquita Melo
 Rua Ageu Romero, 100, Ap. 02 – São Gerardo
 CEP: 60325-110 – Fortaleza (CE), Brazil